



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI MINORI DI ANNI

I sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori/altro del minore _____ nato/a
_____ () il _____, acquisite
le informazioni relative al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento
UE2016/679, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà
genitoriale/tutela nei confronti del minore, autorizzano la raccolta, il trattamento e la cessione dei
dati necessari per _____.

Il personale incaricato raccoglierà e tratterà i suddetti dati personali unicamente per la gestione
della partecipazione del minore alle iniziative inserite nel progetto **progetto ARTEMIDE- artefice
del tuo futuro Finanziato dall'unione Europea – Nex Generation – EUPNRR M5C3
INVESTIMENTO 1.3 – interventi socio educativi strutturati per combattere la povertà
educativa nel Mezzogiorno a sostegno del Terzo settore – CUP E24C22001160004** e per
finalità di informazione, comunicazione e rendicontazione obbligatorie delle iniziative stesse, da
rendere nei confronti di Pubbliche Amministrazioni per adempiere ad obblighi previsti dalle leggi
vigenti.

I diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg.
UE2016/679), tra cui, ad esempio, l'accesso ai dati personali o la loro cancellazione, potranno essere
esercitati inviando un'apposita istanza all'indirizzo e-mail **info@didatticateatrale.it**

Il titolare del trattamento dei dati è l'AGENZIA PER LA COESIONE TERRITORIALE con sede
legale in Via Sicilia 162/c. Roma.

Il Responsabile esterno del trattamento dei dati è l'ASSOCIAZIONE DIDATTICA TEatraLE APS
con sede legale in Pescara via sella di corno n 58 – (PEC didatticateatrale@pec.it tel. 085.4310119).

Firme dei dichiaranti:

Data: ____/____/____

Qualora il consenso in oggetto venga firmato da un sologenitore, visti gli artt.316,comma1,337ter,comma3,e337quaterdel
Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.
La presente dichiarazione dovrà essere consegnata agli organizzatori all'atto delle operazioni di identificazione del
partecipante.



Modulo per la prestazione professionale psicologica

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____
affidandosi al dott.ssa Maddalena Balestrieri, cell: 3780837786, pec: maddalenabalestrieri@pec.it

E' informato sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *di seguito C.D.*;
2. la prestazione offerta riguarda:
 - *consulenza psicologica*
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di:
 - *supporto psicologico*
4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018*);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:
 - *colloquio psicologico clinico*
6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Maddalena Balestrieri la volontà di interruzione;
8. la dott.ssa Maddalena Balestrieri può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

La dott.ssa Maddalena Balestrieri è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta presso CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli psicologi italiani n. 500216747.



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



*Agenzia per la Coesione
Territoriale*

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista



Progetti socio-educativi strutturati per combattere la povertà educativa nel Mezzogiorno (Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia) a sostegno del Terzo Settore finanziati nell'ambito del PNRR, Missione 5 – Componente 3 – Investimento 3– Finanziato dall'Unione Europea – NextGenerationEU

MODULO DI ISCRIZIONE

Il presente modulo è da compilare in ogni sua parte

Titolo progetto: *ARTEMIDE-ARTEFICE DEL TUO FUTURO*

Codice progetto: 2020-EDS-00227 CUP E24C22001160004,

Partneriato (indicare componenti DIDATTICA TEATRALE APS, ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI SECONDO GRADO ATERNO MANTHONE'; DIVENTARE CITTADINI ATTIVI; PRONTO SIRRISO; COMUNE DI PESCARA; KALEIDOS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.; LICEO ARTISTICO MUSICALE E COREUTICO "MISTICONI BELLISARIO" DI PESCARA; ISTITUTO COMPRENSIVO PESCARA 1; ASSOCIAZIONE CULTURALE ENNIO FLAIANO, PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ABRUZZO; SIPEM SOS LOMBARDIA; DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURE UNIVERSITA' DEGLI STUDI G. D'ANNUNZIO CHIETI PESCARA, ZEUN

Durata progetto: dal 11/05/2023 al 10/05/2025

Il/La sottoscritto/a _____,
(C.F. _____), nato/aa _____ (____)
il _____, residente a _____ in
via _____, recapito telefonico casa _____,
cellulare _____, mail _____.

nella qualità di soggetto che esercita la responsabilità genitoriale/la tutela del minore

Chiede di iscrivere alle attività del progetto

Nome e cognome _____,
(C.F. _____), nato/a a _____ (____)
il _____, residente a _____ in
via _____,

La partecipazione alle attività del progetto è gratuita

L'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (GDPR) è riportata nella pagina seguente

(Luogo, data)

Firma¹

(per esteso e leggibile)

Modulo privacy per la prestazione professionale psicologica

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____
codice identificativo/codice destinatario SDI oppure PEC (Posta Elettronica Certificata)

[N.B. in caso di soggetti privati inserire il codice "0000000"]

affidandosi al dott.ssa Maddalena Balestrieri, cell: 3498257310, pec: maddalenabalestrieri@pec.it

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La/il dott.ssa/dott. Maddalena Balestrieri è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. **dati anagrafici, di contatto** – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. **dati relativi allo stato di salute:** i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico

Modello **Psy19**

per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.

7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.

8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
 - a. dati anagrafici, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).

9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento**, e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati, può essere visionata a richiesta.

10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018** (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di norma, entro 30 giorni.

11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi direttamente al dott./dott.ssa Maddalena Balestrieri, Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono:(+39)06.696771
PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Modello **Psy19**

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

In caso di prestazione sanitaria per **l'invio all'Agenzia delle Entrate** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista
