



Spazio Tempo

Dott.ssa Antonella Pampolini,

Educatrice Professionale-

Consulente socio- pedagogico (ai sensi della Legge 4 del 14/01/2013)

Via M.Ricci,24

60026 Ancona

Cell.3331043667

CONSENSO INFORMATO

Prestazione professionale socio- pedagogica

I/la/il sottoscritti/a/o _____,

nati/a/o a _____ il _____,

CODICE FISCALE _____

residenti/e a _____,

in via _____

affidandosi alla dott.ssa Antonella Pampolini,

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1.il consulente socio-pedagogico è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico AINSPED Associazione Internazionale Pedagogisti Educatori e alla **legge 27.12.2017 n. 205, comma 594 e seguenti pubblicata nella G.U. serie Generale n. 302 del 29.12.2017 in vigore dal 01.01.2018**

2. la prestazione offerta riguarda consulenza socio-pedagogica, colloqui pedagogici, di orientamento, relazionali;

3. la prestazione è finalizzata ad attività di valutazione, progettazione e/o sostegno in ambito socio pedagogico relazionale sistemico;

4. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa¹ per i seguenti motivi:

_____;

¹ ordinaria –sono da considerarsi ordinarie: definizione del bisogno, presa in carico educativa, intervento educativo/pedagogico, ecc.”; se complessa indicando l’articolazione delle differenti prestazioni incluse o il coinvolgimento di altri professionisti – complessa in relazione al coinvolgimento nella presa in carico di altri professionisti (psicologo, neuropsichiatra e logopedista) al fine di ..., in relazione all’utilizzo di diversi strumenti diagnostico-valutativi ..., in relazione alle modalità multidisciplinari tipiche della struttura ...]

5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio pedagogico, test, interventi pedagogici. I colloqui potranno essere rese in via telematica (video-conferenza e chat) tramite sistema digitale (piattaforma Skype, whatsapp o analogo)

5. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori; si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi:

6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Antonella Pampolini la volontà di interruzione;

8. la dott.ssa può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata 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;

9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

- Riceve il seguente preventivo di massima:

ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012, e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

Prestazione

compenso per seduta/prestazione

€. _____ + Cassa Nazionale di Previdenza (INPS) 4% + IVA (22%) e R.A. (20%)”

Termini di pagamento

€. _____.

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione a un tariffario scelto dal professionista, indicato in termini generali o parziali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto. Il preventivo economico deve comunque intendersi suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere cambino o si integrino radicalmente rispetto a quanto prospettato e comunicato o siano maggiormente complesse rispetto a quelle ad oggi ipotizzabili.

Luogo e data _____

Firma

Firma della Professionista

I/la/il sottoscritti/a/o _____,

sono/è inoltre informati/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del

Regolamento UE 2016/679:

il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza 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.

La dott.ssa Antonella Pampolini è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento

dell'incarico oggetto di questo contratto:

dati anagrafici, di contatto e di pagamento – 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), ecc.

Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.

dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale 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.

Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine dati personali si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dal consulente socio-pedagogico costituiscono l'insieme dei dati professionali, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dalla legislazione vigente in materia di tutela della privacy.

I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di 10 anni;

dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni.

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:

dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;

dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. 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.

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

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 (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al 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@gdp.it – PEC: protocollo@pec.gdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

- per proprio conto
 nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ ,
nata/o a _____ il _____
_____ residente a _____ in via _____

(in caso di interdetto)

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____

nata/o a _____ il _____
_____ residente a _____ in via _____

altro specificare _____

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/FORNISCONO IL CONSENSO
 NON FORNISCE/FORNISCONO 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/FORNISCONO IL CONSENSO
 NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Dott.essa
