

Modulistica unica per la prestazione professionale psicologica

I/la/il sottoscritti/a/o _____

nati/a/o a _____ il _____

residenti/e a _____ in via _____

affidandosi alla/al dott.ssa/dott. _____

che esercita presso Istituto Watson, corso Vinzaglio 12 bis, Torino, tel 0115611102 – 334628999 -
amministrazione@iwatson.com

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

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda _____; *[ndr: specificare l'ambito di intervento. Ad esempio: consulenza psicologica, colloqui psicologici, supporto psicologico, psicoterapia, valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, intervento di psicologia del lavoro, dello sport, selezione del personale, ecc.]*
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:

[ndr: specificare se ordinaria - "sono da considerarsi ordinarie: definizione del bisogno, presa in carico psicoterapeutica, supporto psicologico, ecc."; se complessa indicando l'articolazione delle differenti prestazioni incluse o il coinvolgimento di altri professionisti - "è da considerarsi 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 ...]
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:
_____ colloquio psicologico clinico, test psicodiagnostici di vario tipo, scale di valutazione, ecc. _____
6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi;

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa/dott. _____ la volontà di interruzione;
8. la/il dott.ssa/dott. _____ 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 (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
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 e/o di psicoterapia. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra. Qualora il/la paziente non informi entro le 24 ore precedenti, è previsto l'addebito della seduta 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 (barrare opzione)

- lo strumento principale di intervento sarà il **colloquio clinico della durata di 50 minuti** ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità delle parti;
- **il costo unitario del compenso per singola seduta**, comprensivo di Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2% e bollo, è di **novantadue (92,00) euro**.
- lo strumento principale di intervento sarà il **colloquio clinico della durata di 30 minuti**, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità delle parti;
- **il costo unitario del compenso per singola seduta**, Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2%, è di **quarantasette (47,00) euro**.
- Si concorderà con il/la paziente la fatturazione singola o periodica.
- Nella fattura sarà specificato se *“Operazione esente IVA ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972” oppure “oltre oneri fiscali IVA (22%) e R.A. (20%)”*

Termini di pagamento

Al termine della singola seduta o del numero di prestazioni stabilite insieme al/alla paziente.

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.

Come indicato dal **decreto legge N° 138 13 agosto 2011**, **gli psicologi che prestano opera presso l'istituto e l'istituto stesso è provvisto di idonea assicurazione** a tutela di eventuali danni arrecati al cliente.

Gli estremi delle polizze stipulate e il relativo massimale sono a disposizione dei clienti per la verifica.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

1. 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.
2. La/il dott.ssa/dott. _____ è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. 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.
 - b. 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 dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

3. 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.

4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. 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.
6. 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**.
7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. 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**;
 - b. 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** (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
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 e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, 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 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.
9. Salvo parere contrario, da rendere attraverso il punto in calce alla presente, i dati anagrafici, di contatto e di pagamento saranno comunicati all'Agenzia delle Entrate, ai fini della dichiarazione dei redditi, tramite flusso telematico del **Sistema Tessera Sanitaria**. Tale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata. Nel caso di opposizione le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del *mod.730/UNICO precompilato* e risulteranno accessibili anche dai soggetti fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.).
10. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
11. 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.

12. 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@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, **(scegliere opzione)**

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

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

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

nata/o a _____ il _____ *(in caso di interdetto)*
residente a _____ 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/NON 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/NON FORNISCONO 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.

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

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituto Watson all'utilizzo dei propri dati personali, finalizzato all'invio di comunicazioni inerenti le attività dell'Istituto.

SÌ NO

CONSENSO ALLA VIDEOREGISTRAZIONE

Autorizzo l'ISTITUTO WATSON a videoriprendere le sedute e ad utilizzare tale materiale per uso esclusivamente interno.

SÌ NO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Timbro e firma della/del Professionista
