

**CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo con il n. _____, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel _____ (*aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento che lo psicologo si appresta a compiere*) ed è finalizzata a _____ (*aggiungere le finalità dell'intervento ad es. diagnosi, valutazione psicologica, ecc.*);
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno _____ (*aggiungere l'indicazione degli strumenti che sicuramente saranno utilizzati es. colloquio clinico, test psicodiagnostici, ecc.*);
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso _____ (es. lo studio del suddetto professionista), sito in Via _____
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- la durata dell'intervento è di _____ oppure l'intervento si articolerà in n. _____ sedute a cadenza _____ oppure pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in _____;
- il compenso complessivo da corrispondere è pari ad Euro _____ oppure il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro _____ (*aggiungere anche altre eventuali spese aggiuntive, es. somministrazione di test, stesura della relazione ecc.*) oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e ai seguenti oneri _____ (*es. bolli, IVA...*).

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione

all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa _____, n. polizza _____, massimale _____), dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. /la dott.ssa _____
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Luogo e data _____

Firma

Il dott./la dott.ssa _____ sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma del Dott./Dott.ssa

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

Il dott. _____, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale.

I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di counseling psicologico, finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge. (Alcuni Suoi dati identificativi (nome cognome indirizzo ecc.) saranno comunicate ai Servizi Sociali del Comune di XXX, alla scuola XXX, all'Azienda Sanitaria, alla cooperativa XXX a fini statistici ed informativi, in quanto la mia prestazione a Suo favore è stata commissionata da XXX. *Da inserire nel caso specifico in cui il committente sia diverso dal paziente*)

Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione non verranno mai comunicati e trasmessi ad alcuno. (oppure: le specifico che alcuni dati, informazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione – in caso dire quali e quali no – potranno essere trasmessi ai Servizi Sociali del Comune di, alla scuola XXX, all'Azienda Sanitaria, alla cooperativa XXX, al fine di XXX.)

In caso di terapia di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso delle sedute, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.

Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti la fatturazione della prestazione saranno trasmessi ad un commercialista di fiducia, tenuto anch'egli al segreto professionale.

I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee

garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto:

- all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r all'indirizzo

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Luogo, Data

Firma interessato
