

Modulo 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 alla/al dott.ssa/dott _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili perché il paziente/cliente possa contattare lo psicologo.]

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 _____; *[N.B. in questo spazio specificare che attività svolgerà lo psicologo per il paziente – Casi tipici: consulenza psicologica, colloqui psicologici, supporto psicologico, psicoterapia, valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, consulenza all'organizzazione, formazione, selezione del personale, marketing, coaching, counseling ecc.]*
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di: _____;
*[N.B. Basterà scrivere o ordinaria o complessa e i motivi per cui si sceglie una o l'altra opzione;
-esempi di ordinaria - "è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno/presa in carico psicoterapeutica/supporto psicologico, ecc.";
-esempi di complessa - "è da considerarsi complessa in quanto caratterizzata da prestazioni di presa in carico con il coinvolgimento diretto di altri professionisti (specificare quali altri professionisti: ad es. psicologo, neuropsichiatra e/o logopedista) /di valutazioni psicodiagnostiche complesse/consulenza declinata attraverso l'utilizzo di molteplici strumenti e tecniche ecc.]*
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: _____;
[N.B. è necessario indicare gli strumenti di norma utilizzati o ciò che ragionevolmente si prevede di utilizzare all'atto di sottoscrizione del presente modulo, ad esempio: colloquio psicologico clinico, test psicodiagnostici di vario tipo, scale di valutazione, disegni, psicoterapia ad orientamento... ecc. N.B. l'eventuale utilizzo di strumenti coerenti con quanto già dichiarato in termini generali può essere oggetto di successivo consenso verbale.]
6. la durata globale dell'intervento è definibile in n. ____ sedute/incontri/sessioni/prestazioni...;
[N.B.: se non è possibile definire a priori il numero di sedute/incontri/sessioni/prestazioni, indicare al punto 6: "la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione".]

Modello **Psy19**

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 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.

Riceve il seguente **preventivo**:

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

[ndr: la dichiarazione del preventivo, data la difficoltà che di norma può incontrare uno psicologo nel predeterminare tipologia e durata delle prestazioni, corrisponde di fatto a una dichiarazione a priori del proprio tariffario nello specifico delle prestazioni oggetto del presente consenso.]

Prestazione

[ndr: specificare compenso per seduta/prestazione e fatturazione se per singola attività o con fatturazione periodica, ecc.]

€. _____ (in lettere) + Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2%

[ndr: specificare 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

€. _____ (in lettere)

[ndr: specificare al momento della sottoscrizione del contratto di incarico professionale..., al termine di ogni prestazione..., entro ..., al ricevimento di fatturazione mensile/..., €... (...) e il restante saldo a conclusione dell'incarico...]

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale. Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione alle circostanze prevedibili e alle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto.

Si specifica altresì che in caso di prestazione sanitaria è possibile detrarre la spesa esclusivamente se il pagamento non avviene in contanti ma tramite modalità tracciabile.

La/il dott.ssa/dott. _____ è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta con _____ n. _____.

[ndr: in caso di studio associato o società, per le integrazioni specifiche relative al professionista, si rinvia al consenso informato in cui compaiono i dati di riferimento, anche in relazione al numero di polizza assicurativa]

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.

Modello **Psy19**

2. La/il dott.ssa/dott. _____ 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) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - 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 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:
- dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
 - 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:

Modello **Psy19**

- a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: 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. Ai sensi della normativa vigente le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del **Sistema Tessera Sanitaria**, ai fini dell'elaborazione del **mod.730/UNICO precompilato** e risulteranno accessibili anche dai soggetti ai quali Lei dovesse risultare fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.). In caso di opposizione all'invio dei dati (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) i dati saranno trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria senza l'indicazione del codice fiscale. Tale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata
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 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.
12. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi direttamente al dott./dott.ssa _____, 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 Venezia 11 - 00187 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,

☐ per proprio conto

☐ esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____
(in caso di interdetto)

Modello **Psy19**

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

[N.B. per soggetti minorenni consultare altro modulo specificatamente predisposto].

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 _____

Timbro e firma della/del Professionista
