

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

La sottoscritta Dott.ssa Ambra Bongiovanni iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna con il n. 8908, prima di svolgere la propria opera professionale a favore di:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Codice Fiscale _____

Mail _____

la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nell'offrire uno spazio di ascolto e di contenimento dei vissuti emotivi ed è finalizzata a un inquadramento del caso e a offrire sostegno psicologico;
- 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 colloquio clinico, esercizi di bioenergetica, mindfulness;
- 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 on line tramite modalità telematica;
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, 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;
- La/il cliente e la/il professionista sono tenuti/e 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 con un anticipo di almeno 24 ore al recapito telefonico del professionista. In caso contrario, il cliente sarà tenuto a saldare l'intero importo del colloquio.
Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.
- il recapito telefonico fornito dalla professionista può essere utilizzato per necessità strettamente legate al percorso terapeutico (richiesta o modifica dell'appuntamento; richiesta di informazioni generali, etc.). La professionista resta disponibile per quelle situazioni con problematiche di comprovata urgenza o questioni non rimandabili all'incontro successivo. Inoltre, si impegna a rispondere nel più breve tempo possibile, compatibilmente con la sua disponibilità lavorativa.
- 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.
- 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: il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro 70 oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi

obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e ai seguenti oneri: bollo di 2 € in fattura finale *Operazione esente IVA ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972*, **per un totale di 71,40 a incontro**.

E' richiesto che il pagamento delle prestazioni venga saldato tramite bonifico bancario entro una settimana dal ricevimento della fattura.

La fattura, con annessa marca da bollo, sarà consegnata tramite mail.

- in caso di prestazione sanitaria, è possibile detrarre la spesa esclusivamente se il pagamento non avviene in contanti ma tramite modalità tracciabile.
- 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.
- Il preventivo economico deve comunque intendersi suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere cambino o si integrino rispetto a quanto prospettato e comunicato o siano *maggiormente complesse* rispetto a quelle ad oggi ipotizzabili.
- 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.
- La Dottoressa è assicurata con polizza RC professionale 500216747 sottoscritta con la compagnia assicurativa Campi

CONSENSO PRIVACY

Si riceve l'informazione 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 della persona interessata in merito ai propri dati.
2. La Dottoressa Ambra Bongiovanni 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, pronome, 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 all'è psicologa.

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

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla psicologa 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 della persona soggetta alla prestazione, al fine di svolgere l'incarico conferito alla psicologa.

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:
 - a. 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**;
 - 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 e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori/ l/trici, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente alla persona interessata 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 altre soggette 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. Salvo parere contrario, 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 dalle persone alle quali Lei dovesse risultare fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.).

L'opposizione all'invio dei dati (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata.
10. L'eventuale **lista di responsabili del trattamento**, e di altre persone 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/la 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 a Ambra Bongiovanni, 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, per proprio conto

oppure,

☐ Esercitando la rappresentanza legale su

Nome e cognome _____

Nato/a a _____

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.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

☐ **NON** FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della Professionista _____
