***Modulo consenso per la presa in carico di minori di anni 18***

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di MADRE

il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di PADRE

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. La prestazione offerta riguarda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. La prestazione sarà effettuata dalla dott.ssa/dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. La durata globale dell’intervento non è definibile a priori e verranno concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione

La frequenza degli incontri è definita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La prestazione verrà svolta presso lo spazio “Apprendere al volo” o, in caso di necessità, con modalità a distanza
2. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al/alla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la volontà di interruzione;
3. Il/la dott/dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso.
4. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l’appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all’altra almeno 24 ore prima. In caso di mancata osservanza del termine per la disdetta dell’appuntamento da parte del Cliente, lo stesso sarà obbligato a corrispondere al professionista il costo dell’intera seduta prenotata. Quanto sopra fatti salvi, per entrambe le parti, i casi di forza maggiore opportunamente documentati o provati.

Riceve il seguente preventivo:

Prestazione

A INCONTRO

€.

Termini di pagamento

Al ricevimento della fattura

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

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art 13 Regolamento UE 2016/679

Qui di seguito, la dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fornisce le informazioni sul trattamento dei dati personali compiuto nello svolgimento della sua prestazione professionale

1. Il Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali

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.

1. **Titolare del trattamento e tipologia dei dati personali trattati**

La dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è **titolare** del trattamento dei seguenti dati, raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:

1. dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo di residenza, codice fiscale, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell’onorario per l’incarico (es. numero di carta di credito/debito), ecc.
2. 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.

Il consenso dei dati personali suindicati è obbligatorio: in assenza, la dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sarà impossibilitata nell’eseguire la sua prestazione professionale.

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.

1. **Finalità, basi giuridiche e modalità di trattamento**

La dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tratterà:

- i dati anagrafici, di contatto ed economici, per stipulare ed eseguire il contratto professionale col Paziente e per adempiere a tutti gli obblighi fiscali cui il titolare è sottoposto.

- i dati relativi allo stato di salute, per compiere attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità (attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico).

Il trattamento dei dati è lecito, in quanto:

* in relazione ai dati anagrafici, di contatto ed economici, è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento e per l’esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (Art. 6 par 1 lett. b, c GDPR).
* in relazione ai dati relativi allo stato di salute, è necessario per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale (Art. 9 par 2 lett. h).

I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico, quindi con modalità sia manuali che informatiche.

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.

1. **Tempo di conservazione**

I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:

1. 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**;
2. 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).

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**.

1. **Destinatari dei dati**

I dati personali relativi alla salute potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie, a s**trutture/servizi/operatori del SSN **e/o Autorità Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:

1. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l’erogazione dei servizi;
2. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all’interessato e, solo in presenza di una delega scritta, 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.

In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervisioni 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.).

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 dai soggetti ai 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.

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

1. **I diritti dell’interessato**

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 Garante 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](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, alla comunicazione dei propri dati personali ai professionisti tenuti comunque al segreto professionale, indicati all’art. 5 della 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*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informati di quanto sopra elencato in qualità di genitori autorizziamo la dott.ssa/il dott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla presa in carico di nostro figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la prestazione suddetta.

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorizziamo la dott.ssa/il dott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla presa in carico del minore sopracitato per la prestazione suddetta.

* 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.

□ FORNISCONO IL CONSENSO

* avendo preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e affissa nei locali dello studio, 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.

□ 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.

□ NON FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma della/del Professionista*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*