

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PSICOLOGICO E PSICOTERAPEUTICO

La sottoscritta dott.ssa Simona Tonti, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Marche con il n. 1878, registrata nell'elenco degli Psicoterapeuti, prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Fornisce le seguenti informazioni:

Affidandosi alla dott.ssa Simona Tonti è informato/a, sui seguenti punti:

- le prestazioni saranno rese presso il proprio studio privato, sito in via Narente 31, Senigallia (AN)
- la prestazione che verrà offerta è una psicoterapia individuale;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e d'intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale d'intervento sarà il colloquio clinico della durata di circa 50 minuti, con frequenza da valutare in relazione alla problematica riferita e alla disponibilità dei clienti e del professionista. La psicoterapia generalmente inizia con una seduta settimanale ma, nel corso del suo svolgimento, sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione terapeutica. Ogni seduta non concordata e non disdetta almeno 24 ore prima, dovrà comunque essere saldata e potrà comunque essere recuperata all'interno della stessa settimana, dipendentemente dalla disponibilità della Dott.ssa Simona Tonti;
- una volta concordati insieme l'orario e il giorno si cercheranno di mantenerli fissi. Tali termini sono stabiliti in via indicativa e potranno essere concordemente variati, in relazione alle necessità e disponibilità del cliente e del professionista;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concordano obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento il cliente potrà interrompere il trattamento psicoterapeutico. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, sarà comunicata al terapeuta la volontà d'interruzione rendendosi preferibilmente disponibili a effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora. Si richiede a questo proposito di non comunicare l'interruzione tramite sms o messaggi vocali;
- lo psicoterapeuta è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Ha l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei clienti o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- il compenso orario proposto, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, è pari a € 60,00 comprensivi del 2% di Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP), sulla base delle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, e sarà corrisposto anche in caso di disdetta della seduta da parte dei clienti, qualora questa non avvenga oltre le 24 h dall'appuntamento concordato. L'operazione è da ritenersi esente IVA sulla base dell'ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972. Tale importo è stato preventivamente comunicato e potrà subire delle variazioni (comunicare con un preavviso di almeno 30 giorni) nel corso del trattamento. Il compenso sarà da corrispondere di seduta in seduta o a fine mese, in contanti (la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19% non è prevista), o in assegno, bonifico bancario e pos. La/e prestazioni sarà/saranno resa/e e fatturata/e (a mezzo ricevuta) dalla Dott.ssa Simona Tonti;
- lo psicoterapeuta ritiene in scienza e coscienza che la terapia proposta sia, al momento, la più idonea al trattamento terapeutico del caso, pur esprimendo al paziente le doverose riserve sull'esito del trattamento (guarigione stabile e definitiva) e sulle sue possibili influenze fisiche e psichiche che da detto trattamento possano derivare. Esse comunque saranno valutate e corrette in corso di terapia.
- lo psicoterapeuta, comunque, valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando costata che il cliente non trae alcun beneficio dal percorso terapeutico e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa. Se richiesto, fornisce al cliente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;

- la psicoterapia è a orientamento gestaltico fenomenologico-esistenziale;

Il/La cliente dichiara di aver preso visione delle note informative, e compreso quanto spiegato dalla professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Simona Tonti come sopra descritte ivi comprese le ampie riserve sull'esito stabile e definitivo del trattamento proposto, trattamento che peraltro appare al momento il più idoneo, acconsente alla:

- a) psicoterapia individuale
- b) psicoterapia di coppia
- c) psicoterapia di gruppo

proposta dalla dott.ssa Simona Tonti impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità e sollevando sin d'ora la dott.ssa Simona Tonti da responsabilità derivanti dal trattamento medesimo che non siano quelle determinate da una sua condotta negligente

In fede

Luogo e data _____

Firma

Dichiaro che in caso di necessità venga

Contattato _____ Telefono _____

e-mail _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/2017 siamo stati altresì informati dalla dott.ssa Simona Tonti che:

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 dott.ssa Simona Tonti 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** s'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, riguardo 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, e 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. Sarà 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 sia inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata. Nel caso di non 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. Ai sensi della Legge 160/2019 la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19%, le spetta a condizione che la parcella sia pagata con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabile (D.Lgs. 241/1997).
11. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
12. 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.
13. 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 .

Preso visione della presente informativa, attesto il libero consenso al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data _____

Firma

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____,'

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

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

nata/o a _____ il _____ (in caso di interdetto) residente
a _____ in 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/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/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 FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Timbro e firma della/del Professionista
