

MODULISTICA UNICA PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA

La sottoscritta Sara Basso-Moro iscritta all'Ordine degli Psicologi della provincia di Trento con il n. 01090 e annotata nell'elenco degli psicoterapeuti, prima di svolgere la propria opera professionale a favore della sig.ra/del sig. _____

la/lo informa di quanto segue in relazione al **CONSENSO INFORMATO**:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una psicoterapia di gruppo finalizzata, attraverso l'alleanza terapeutica e la collaborazione da parte del/della cliente, al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico, della migliore realizzazione di se stessi e delle proprie capacità/potenzialità; all'aumento della conoscenza di sé e l'accettazione dei propri limiti; alla riduzione della sofferenza psichica;
- la psicoterapia sarà ad orientamento umanistico con approccio gestaltico;
- esistono altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello utilizzato dalla professionista;
- le prestazioni verranno rese in via telematica (videoconferenza, chat) tramite piattaforma Skype/Zoom/Google Meet oppure analogo sistema digitale;
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psichico-emotiva; promozione del benessere psicologico; raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale; miglioramento delle capacità relazionali; miglioramento della gestione dei propri stati emotivi e dei propri impulsi; raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell'altro;
- il trattamento psicoterapeutico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura della professionista informare adeguatamente il/la cliente e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);
- in qualsiasi momento il cliente potrà interrompere la psicoterapia. 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;
- in qualunque momento la psicoterapeuta potrà interrompere il trattamento psicoterapeutico per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia della psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare al/alla cliente di avvalersi delle prestazioni di un altro psicoterapeuta;
- 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 8 sedute;
- le sedute avranno una durata di 1 ora e mezza;
- previo consenso del cliente (da rendere attraverso il punto in calce alla presente), alcune sedute potranno essere registrate (in modalità audio-video) dalla terapeuta per fini esclusivamente personali, quali massimizzare la qualità dell'intervento terapeutico. Qualora ci fosse l'intenzione da parte della terapeuta di registrare una seduta, questo verrà sempre preventivamente comunicato e concordato con il cliente. Il cliente, salvo consenso firmato dalla terapeuta, non potrà registrare le sedute.
- la dott.ssa Sara Basso-Moro è assicurata con la Polizza Responsabilità Civile Terzi e Professionale n. 500216023 sottoscritta con Allianz S.p.A., Milano, massimale Euro 1.000.000 per evento/periodo, e partecipa regolarmente a sessioni di supervisione e/o intervizione al fine di garantire la massima qualità degli interventi terapeutici;
- ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012, e

modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il **PREVENTIVO DI MASSIMA** nei seguenti termini: il compenso totale da corrispondere è pari ad Euro 200. Al compenso è da aggiungersi un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e i seguenti oneri: bollo di Euro 2 qualora l'importo fatturato sia superiore a Euro 77,47. L'operazione è esente IVA (ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972);

- il compenso, che verrà corrisposto anche in caso di disdetta di una o più sedute da parte del/della cliente, potrà essere corrisposto tramite soluzione unica da pagare anticipatamente oppure in due rate da Euro 100, di cui una da pagare anticipatamente (*si prega di indicare la propria preferenza*). Il pagamento avverrà tramite bonifico bancario entro 3 giorni dal ricevimento della fattura (IBAN: IT36W0301503200000003568187; Causale: nome e cognome, numero della fattura come indicato nella fattura stessa).

Si precisa che il compenso suindicato è formulato facendo riferimento al Nomenclatore del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e che lo stesso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Inoltre, la sottoscritta Sara Basso-Moro la/lo/li informa di quanto segue in relazione al **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEI REGOLAMENTO UE 2016/679:**

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 Sara Basso-Moro 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** 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.

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, in relazione 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, 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 una delega scritta a terzi. 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;
 - c. dati relativi allo stato di salute, così come anche età, genere e dati professionali, potranno altresì essere condivisi con psicoterapeuti esterni in sede di supervisione e/o intervizione. Si precisa che verrà garantito l'anonimato e che tutti gli psicoterapeuti sono tenuti ad ottemperare al segreto professionale.
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 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.
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** (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.
12. L'informativa sulla privacy del sito Internet professionale della titolare, [www.sbmpsiychologyandsupport](https://it.wix.com/about/privacy), è reperibile al seguente indirizzo: <https://it.wix.com/about/privacy>.
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.

VISTO E COMPRESO tutto quanto sopra indicato,

La sig.ra/il sig. _____ nata/o a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____ n. _____ CAP _____

C.F. _____

telefono _____

indirizzo di posta elettronica ordinaria _____

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, **al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa**:

FORNISCE IL CONSENSO

Avendo ricevuto apposita informativa riguardo alla possibilità di registrazione delle sedute da parte della terapeuta al fine di massimizzare la qualità dell'intervento terapeutico, **esprime il proprio libero consenso/dissenso**, barrando una delle caselle di seguito, **alla registrazione delle sedute terapeutiche previa comunicazione da parte della terapeuta**:

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

In merito all'**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/e _____

Psychology & Support
Dott.ssa Sara Basso-Moro