

CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI PSICOTERAPIA

Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.

La sottoscritta dott.ssa ANNA MARIA RITA MASIN, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 11330, Abilitata/o all'esercizio della Psicoterapia, assicurata con polizza assicurativa Polizza Allianz S.p.A., Milano n. 500216747, prima di rendere prestazioni professionali in favore della COPPIA formata dal SIG. _____, residente a _____ con c.f. _____, mail _____, n. tel. _____ e dalla SIG.RA _____, residente a _____ con c.f. _____, mail _____, n. tel. _____ fornisce le seguenti informazioni:

- 1 Le prestazioni saranno di Psicoterapia e saranno rese presso lo studio privato di Cerveteri/Ladispoli/Roma;
- 2 La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze del trattamento stesso.
- 3 Gli incontri avranno la durata di 60 minuti circa e la frequenza sarà valutata in relazione alla problematica psicologica e alle disponibilità del paziente. Nel corso del trattamento sarà possibile adeguare la psicoterapia alle esigenze personali e alla specifica relazione terapeutica;
- 4 Il trattamento psicoterapeutico sarà finalizzato, attraverso l'alleanza terapeutica e la collaborazione da parte del paziente,
 - ✓ alla riduzione della sofferenza psicologica
 - ✓ al conseguimento della migliore realizzazione di se stessi e delle proprie potenzialità/capacità
 - ✓ all'aumento della conoscenza di sé
 - ✓ l'accettazione dei propri limiti
- 5 La psicoterapia è di orientamento Eriksoniano
- 6 lo strumento principale sarà il colloquio clinico nell'ambito dell'orientamento utilizzato dal professionista
- 7 Esistono vari tipi di approccio psicoterapico oltre a quello utilizzato dal professionista
- 8 Il trattamento psicoterapico potrebbe, in alcuni casi, rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in questo caso sarà il professionista ad informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie o percorsi terapeutici, oppure interrompere il presente percorso;
- 9 In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare con congruo preavviso al professionista la volontà di interrompere il trattamento in corso.
- 10 In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia della terapia stessa, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.

- 11 Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e ha l'obbligo del segreto professionale derogabile SOLO previo, dimostrabile e valido consenso da parte del paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- 12 Ai sensi dell'art. 9, comma 6, della Legge n. 27/2012, come modificato dal comma 150 della Legge n. 124/2017, il compenso pattuito per ogni incontro è di Euro 50 € e il pagamento avverrà al termine di ogni prestazione (il compenso si basa sulle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi)
- 13 In caso di disdetta con un preavviso di meno di 24 ore, l'incontro verrà considerato effettuato.

Sono informat/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

- ✓ 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.
- ✓ La Dott.ssa Anna Maria Rita Masin 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), ecc.
 - 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.
 - 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.
- ✓ 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.
- ✓ Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
- ✓ 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.
- ✓ 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**.
- ✓ I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - 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**;
 - 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 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

- ✓ 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 visionata a richiesta.
- ✓ 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 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

➤ 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.

! FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO ! NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

In caso di propria opposizione all'invio dei dati relativi alle spese sanitarie che lo riguardano al Sistema Tessera Sanitaria da parte della dott.ssa Anna Maria Rita Masin, ai sensi dell'articolo 4 del Dm del 16 settembre 2016, in fattura verrà riportata la dicitura: *"Fattura non trasmessa al Sistema Tessera Sanitaria ai fini della predisposizione del 730 precompilato, per opposizione dell'assistito ai sensi dell'articolo 4 del Dm del 16 settembre 2016"*.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ___/___/___, si invita la persona assistita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista indicato e decide, a questo punto, con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Anna Maria Rita Masin come sopra descritte.

Cerveteri/Ladispoli/Roma _____

*Dott.ssa Anna Maria Rita Masin
Psicologa-Psicoterapeuta-Ipnositerapeuta
Cell.: 338/3440405
Studio: Cerveteri, Roma*

Firma del Professionista

Firma dell'assistito