**Dr.ssa Silvia Fabbri Psicologa – Psicoterapeuta**
Studio: Via Duccio di Buoninsegna 22
00142 - Roma

**CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO**

**PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA**

La sottoscritta dott.ssa FABBRI SILVIA Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.5695 con sede legale in Via Don Ariodante Brandi n. 4 telefono 3478155151 mail silviafabbri04@yahoo.it, mail certificata silviafabbri@psypec.it abilitata all'esercizio della psicoterapia, prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

***ADULTI***
Sig.....
nat... a ..... il____/___/_____
e residente a .....
in via/piazza .....n.....

***MINORENNI***
Minorenne .....
nat... a ..... il____/___/_____
e residente a .....
in via/piazza .....n.....

fornisce le seguenti informazioni.

La prestazione (indicare la tipologia)

- consulenza
- sostegno psicologico
- psicoterapia
- altro (es. valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, intervento di psicologia del lavoro, dello sport, selezione del personale)

potrà essere resa:

- in presenza presso gli studi di:
  - Via Duccio di Buoninsegna n. 22 - Roma;
  - Via Don Ariodante Brandi n. 4 – Roma;
- in modalità telematica:
  - mediante gli strumenti di comunicazione a distanza quali "Zoom", "Skype" Whatsapp;

La prestazione non richiede la partecipazione di altri professionisti.

La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze del trattamento stesso.

Gli incontri avranno la durata di 50 minuti con frequenza settimanale che potrà essere modificata sulla base delle effettive esigenze che saranno di volta in volta valutate;

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 ……. sarà maggiorato del contributo alla Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2% ed avverrà al termine di ogni prestazione.

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.
Il preventivo di massima è formulato in relazione al compenso pattuito in misura adeguata all'importanza dell'opera; è indicato in termini generali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto. Il preventivo può essere suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere subiscano modifiche rispetto a quanto inizialmente prospettato.
In caso di assenza della persona il compenso non sarà dovuto solo nel caso in cui non ci sia un preavviso di 24 ore rispetto all'orario concordato.

In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare al professionista la volontà di interrompere il trattamento in corso, anche con effetto immediato.

In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.

Le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria dell'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato del cliente. La persona assistita ha il diritto di opporsi a tale invio. L'opposizione all'invio dei dati deve essere esercitata prima dell'emissione della fattura, tramite esplicita richiesta, in modo che possa essere annotata in fattura. L'eventuale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, ma comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione dei redditi precompilata.

La sottoscritta dichiara di essere assicurata per responsabilità professionale con polizza n. **78985735** stipulata presso Allianz S.p.A.;

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

La dott.ssa Fabbri Silvia titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto intende informare l'interessato in merito all'utilizzo dei propri dati personali:

*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;

*b.* dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla salute fisica/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.

I dati personali e sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, registrazioni audio e/o video) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

In particolare, i dati verranno trattati per le seguenti finalità:

a) per gestire i rapporti funzionali all'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto;
b) per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
c) per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
d) per l'insegnamento a psicologi e studenti di corsi di laurea in psicologia, le intervisioni e supervisioni cliniche, tutelando l'anonimato e la non riconoscibilità della persona;
e) per ogni finalità che si rende necessaria per la prestazione concordata tra assistito e professionista.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono ***dati professionali***, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

Pertanto la base giuridica del trattamento dei dati personali è l'erogazione della prestazione richiesta al Titolare, ovvero il contratto e il relativo consenso per prestazioni di consulenza e/o sostegno psicologico e/o di psicoterapia.

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.

Esaurite le finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno **anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro**.

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 comunque per un tempo di **10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale**;

b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati 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 saranno trattati dal Titolare e dagli eventuali Responsabili del trattamento nominati e strettamente autorizzati, attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I dati personali non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti terzi, fatta eccezione per:

**a)** Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti;

**b)** società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria (…….);

**c)** terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione (Google, Dropbox, Skype….) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es. files cifrati in cloud);

**d)** a seguito di ispezioni o verifiche, organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge.

L'eventuale **lista dei Responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta inviando una mail a silviafabbri04@yahoo.it

I dati personali non saranno soggetti a diffusione, né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

I singoli interessati in qualsiasi momento potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 Codice della Privacy e di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 del Regolamento sulla Privacy inviando una mail o una comunicazione scritta ai recapiti del Titolare silviafabbri04@yahoo.it e per l'effetto ottenere:

1. la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali degli interessati, verificarne l'esattezza o richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
2. l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento;
3. la cancellazione, trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati personali trattati in violazione di legge.

In qualsiasi momento, inoltre, l'interessato potrà opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano o revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Il Titolare potrà comunque conservare taluni dati personali anche dopo la richiesta di cessazione del trattamento esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto, ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziaria o amministrativa.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati ci si può rivolgere in qualsiasi momento al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare reclami o 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 .

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

**Il Professionista (firma)**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***ADULTI***

La Sig.ra/ Il Sig. …… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ... ……..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ..... madre del minorenne……

nata a ..... il____/___/_____

e residente a ……

in via/piazza ……n……

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. .....

……..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……

nato a ..... il____/___/_____

e residente a ……

in via/piazza ……n……

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. .....

……..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data Firma del padre