



Modulo per la prestazione professionale psicologica (ADULTI)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____
affidandosi alla/al dott.ssa/dott _____
Iscritta all'Albo degli Psicologi della Regione Sicilia con numero matricola _____
email _____
Telefono _____

Afferente al Servizio di Psicologia del Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche,
dell'Esercizio Fisico e della Formazione,

E' informato sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *di seguito C.D.*;
2. La prestazione verrà erogata presso il Servizio di Psicologia del Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione – Viale delle Scienze Ed. 15 Stanza 415.
3. la prestazione offerta riguarda _____; [Es. consulenza psicologica, colloqui psicologici, supporto psicologico, psicoterapia, valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, consulenza all'organizzazione, counseling, valutazione DSA ecc.].
4. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di:
_____(Es.
definizione del bisogno/presa in carico psicoterapeutica/supporto psicologico, ecc.);
5. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);



6. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:

[ES. Colloquio psicologico clinico, test psicodiagnostici, scale di valutazione, psicoterapia ad orientamento... ecc.]

7. Scegliere tra le due opzioni

- a) la durata globale dell'intervento è definibile in n. ____ sedute/incontri/sessioni/prestazioni...;
b) la durata globale dell'intervento non è definibile a priori per motivi clinici; pertanto dopo una fase di valutazione, la durata dell'eventuale presa in carico dipenderà necessariamente dall'evoluzione del processo clinico e saranno concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione

8. La frequenza delle sedute/incontri sarà _____

9. Le sedute avranno una durata di _____ minuti

10. Il compenso per le prestazioni è di

- € _____ per seduta, a seguito della presentazione del Modello ISEE che allego alla presente.
- € 75 senza la presentazione del Modello ISEE

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale. Il corrispettivo indicato è formulato in relazione alle circostanze prevedibili e alle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto.

11. Il pagamento del compenso professionale avverrà mediante bonifico bancario con cadenza _____ (Es. mensile).

Codice IBAN: IT50R0623004609000015632748 – conto intestato all'Università degli Studi di Palermo presso Istituto Cassiere CREDIT AGRICOLE – Sede di Palermo – INDICARE NELLA CAUSALE: Sedute svolte con la Dott.ssa/Dott. _____) e ad inviare tempestivamente ricevuta di pagamento al professionista di riferimento e al seguente indirizzo email:



12. E' possibile disdire ciascun appuntamento comunicandolo almeno _____giorni prima della data; diversamente verrà fatturato l'importo della seduta.
13. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa/dott. _____ la volontà di interruzione;
14. la/il dott.ssa/dott. _____ può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
15. Al fine di facilitare e monitorare l'evoluzione del lavoro clinico o di valutazione nel tempo, verrà raccolto quanto prodotto nel corso del rapporto professionale in forma di cartella clinica, siano essi appunti di sedute, dati e esiti di strumenti di valutazione. I dati verranno conservati, anche per motivi legali e deontologici, per un periodo di cinque anni dopo il termine del rapporto. La loro conservazione avviene, secondo quanto previsto dal GDPR in merito alla conservazione di dati sensibili, in modalità sicura e senza che terzi possano avervi accesso (salvo i casi specificamente previsti dal modulo consenso paziente da egli sottoscritto)

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

_____ e residente a _____ in Via _____

n. _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra dichiara:

· di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il Dott/la Dott.ssa _____

· di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della Legge 4 Agosto 2017 n. 124, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Luogo e data _____

Firma (leggibile)



(N.1 copia del presente modulo di _____ pagine viene consegnata al/alla paziente alla data della sottoscrizione.)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente Vi informiamo che, il Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation) e il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) hanno introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili.

Secondo la suddetta normativa, il

trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti.

1. Finalità del trattamento. La base giuridica del trattamento si fonda sul Suo Consenso manifestamente espresso per l'esecuzione delle prestazioni professionali sanitarie strettamente inerenti l'attività di Psicologo. I Suoi dati personali, i suoi dati sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio, e con ciò senza limitare: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, registrazioni audio e/o video, appunti personali dello professionista) possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

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

- a) per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento 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 posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
- d) per l'insegnamento a psicologi e studenti di corsi di laurea in psicologia, le interviste e supervisioni cliniche, tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona;
- e) per eventuali presentazioni scientifiche o le pubblicazioni nelle riviste a carattere scientifico, previa ulteriore autorizzazione e tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona.
- f) per gestire come dato aggregato statistiche di tipo scientifico, organizzative o contabili;
- g) per sottoporvi, in futuro, informazioni e/o inviarvi documentazione (per posta o per e-mail) relativamente all'attività professionale.

2. Modalità del trattamento. Il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione (crittografia, autenticazione di accesso, armadio di sicurezza...), e con particolare tutela ex Art.9 GDPR dei dati sensibili di natura sanitaria e/o relativi a minori.

3. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati da parte sua è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà strutturalmente possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

4. Comunicazione dei dati a terzi. I suoi dati saranno trattati dalla/o scrivente in qualità di Titolare, e dai Responsabili del trattamento e dagli incaricati del trattamento strettamente autorizzati, in ogni caso attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I suoi dati personali saranno da me trattati



Direttore: Prof. A. Bianco

Responsabile del Servizio: Prof. S. Gullo

limitatamente al perseguimento degli scopi di cui all'incarico professionale conferitomi, e 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) 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).
- c) 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.

5. Periodo di conservazione dei dati. I dati saranno conservati in maniera sicura per il tempo necessario ad adempiere alle finalità suddette, e per non oltre cinque anni dalla cessazione del rapporto professionale (come da indicazione Codice Deontologico, art.17).

- I Dati anagrafici e di contatto verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di 10 anni.

- I Dati relativi allo stato di salute verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.

6. Diritto di accesso ai dati e altri diritti dell'interessato. Lei ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei suoi dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Lei può di esercitare il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo. Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, lei ha il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione di trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.

7. Modalità di esercizio dei diritti. I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati, Dott./Dott.ssa _____

_____, con domicilio fiscale a _____, reperibile al numero

telefonico _____, email: _____, PEC: _____

8. Altre specificazioni ai sensi del GDPR: Il titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto di dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non sono utilizzati in nessun processo monitoraggio su larga scala. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.

Il/la sottoscritto/a, presa integrale visione della presente informativa ed avendone compreso il contenuto, esprime il proprio consenso informato al trattamento dei dati personali e sanitari per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito alla Dott./Dott.ssa _____, in



particolare per le finalità riportate al punto 1 dell'informativa sul Trattamento dei Dati.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è possibile rivolgersi direttamente al dott./dott.ssa _____, 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,

per proprio conto

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

nata/o a _____ il _____ *(in caso di interdetto)* residente a

_____ in via _____

codice fiscale _____

[N.B. per soggetti minorenni consultare altro modulo specificatamente predisposto].

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

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____