

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/ dott. **Ylenia Cucchiarelli**Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo n. **4351**indirizzo **Sede Legale - Via della Fontana 29 - L'Aquila (AQ)**recapiti telefonici **+39 320 56 82 001**Posta Elettronica Ordinaria (PEO) **info@supportoemotivo.it**Posta Elettronica Certificata (PEC) **yelecucchia2@nameriapec.it**Altro¹☐ Abilitata/o all'esercizio della psicoterapia☒ Non abilitata/o all'esercizio della psicoterapia

prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNECognome e nome
nato/a..... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.**SOGGETTO SOTTOPOSTO A TUTELA**Cognome e nome
nato/a..... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.

fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di

☒ consulenza☒ sostegno psicologico☐ psicoterapia☒ altro² **Terapia ABA**¹Ogni altra informazione utile affinché la/il cliente/paziente possa facilmente contattare la/il professionista.² Ad es. valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, intervento di psicologia del lavoro, dello sport, selezione del personale.

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 2 DI 8

saranno rese:

- ☐ presso³;

☐ in modalità telematica⁴;

Le prestazioni:

- ☐ richiedono

☐ non richiedono

la partecipazione di altri professionisti.

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

Per il conseguimento degli obiettivi potranno essere usati i seguenti strumenti

- ☐ colloquio psicologico clinico

☐ test psicodiagnostici di vario tipo

☐ scale di valutazione

☐ Altro

Gli incontri avranno la durata di
ed una frequenza

Ai sensi dell'art. 9, comma 4, della Legge n. 27/2012, come modificato dal comma 150 della Legge n. 124/2017, il compenso pattuito per ogni incontro è di:

- Euro, comprensivi di oneri previdenziali;

 ➤ Euro oltre Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2%⁵;

Il pagamento avverrà:

- ☐ al termine di ogni prestazione

☐ al ricevimento di fatturazione mensile

☐ per singola attività

☐ entro

³ Indicare il luogo nel quale prevalentemente saranno rese le prestazioni professionali.

⁴ Specificare la tecnologia di comunicazione a distanza utilizzata.

⁵ Specificare se "Operazione esente IVA ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972" oppure "oltre oneri fiscali IVA (22%) e/o R.A. (20%)".

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 3 DI 8

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 1, comma 679, Legge n. 160/2019⁶, ai fini Irpef la detrazione del 19% spetta a condizione che il pagamento sia effettuato con bonifico bancario o postale, o con altri sistemi di pagamento previsti dal decreto legislativo n. 241/1997 (carte di credito, bancomat, assegno).

Ai pagamenti in contanti non si applica la detrazione fiscale.

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 assistita il compenso

- ☐ non sarà dovuto
- ☐ sarà pari al% dell'importo pattuito anche in funzione del preavviso 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 pubblicato sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo:

<https://www.ordinepsicologiabruzzo.it/professione/deontologia-professionale/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani.html>

I dati personali e particolari 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.

⁶Non si applica alle prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale.

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 4 DI 8

Le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria ai fini dell'elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato del cliente. La persona assistita ha il diritto di opporsi alla trasmissione del suo codice fiscale; tale opposizione deve essere esercitata prima dell'emissione della fattura, tramite esplicita richiesta, in modo tale che possa essere annotata nel documento fiscale. La fattura sarà quindi inviata priva del codice fiscale della persona assistita.

La/il sottoscritta/o dichiara di essere assicurata/o per RC professionale con polizza n. stipulata presso l'Istituto Assicurativo



Informativa sul Trattamento dei Dati Personali

(Articolo 13 del Regolamento UE 2016/679)

La/il dott.ssa/dott. _____ 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:

- **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), etc;
- **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.);

Il presente Modulo è stato redatto dall'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo.
È vietata la distribuzione e la pubblicazione di contenuti e loghi non autorizzata espressamente dall'Ordine.
La facoltà di utilizzo è concessa agli iscritti all'Albo.

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 5 DI 8

- d) per l'insegnamento a psicologi e studenti di corsi di laurea in psicologia, le intervizioni e supervisioni cliniche, tutelando l'anonimato e la non riconoscibilità della persona;
- e) per ogni finalità che si renda 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 e/o 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 10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale;
- b) dati relativi allo stato di salute: saranno conservati per il 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).

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 6 DI 8

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, etc...) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es. files cifrati in cloud);
- d) organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge, a seguito di ispezioni o verifiche.

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

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 agli articoli 15-22 del Regolamento sulla Protezione dei Dati Personali inviando una e-mail o una comunicazione scritta ai recapiti del Titolare e per l'effetto ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali degli interessati, verificarne l'esattezza o richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento;
- 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 Garante della Protezione dei Dati (art. 77 Gdpr), utilizzando i seguenti estremi di contatto: *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/gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....

SOTTOSCRIZIONI: sono necessarie le firme di entrambi i genitori

La Sig.ra **Madre** del minore
nata a il __/__/__
e residente a
in via/piazza n
dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott./Dott.ssa.....
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 minore
nato a il __/__/__
e residente a
in via/piazza n
dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott./Dott.ssa.....
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

 Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA - VERSIONE PER MINORENNI -	MOD 01
		REV. 02 DEL 02-05-2023
		PAG. 8 DI 8

SOGGETTO SOTTOPOSTO A TUTELA

La Sig.ra/ Il Sig..... nata/o a il___/___/___
 Tutore del/la Sig.ra/Sig.
 in ragione del provvedimento n° emanato dal, il___/___/___
 residente a
 in via/piazza n
 dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di
 avvalersi delle prestazioni professionali del. Dott./Dott.ssa.....
 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 Tutore