

Dati del Professionista

Nome e cognome: _____

Qualifica: _____

Indirizzo studio: _____

Codice Operatore Economico o P.I. : _____

Numero iscrizione Albo e Ordine di appartenenza: _____

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA, COLLOQUI PSICOLOGICI E PSICOTERAPIA PSICOLOGICA –

MINORI. Modello ad opera dell'Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino. Ai sensi dell'art. 23, 24, 31 del "Codice Deontologico degli Psicologi"

Questo documento regola il rapporto di lavoro e risponde agli articoli da 13 a 20 del Regolamento UE 679/2016 e RSM n° 70/ 1995 e succ. modifiche che conferiscono alla parte interessata (cliente) l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare di questo studio, dott. _____, la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità su cui si basa il trattamento. Con la presente la informo inoltre che i suoi dati personali, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 5 del Regolamento UE 679/2016, saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, con tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti, esclusivamente per le finalità sotto indicate e saranno conservati per il periodo di tempo necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati (comunque non inferiore ad anni 5). Il trattamento dei dati personali è effettuato con misure organizzative, fisiche e logistiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza; in particolare: controlli periodici, custodia in armadi chiusi a chiave, identificazione utente con sigle atte a garantirne la privacy, controllo antivirus, database con password, backup periodici.

Il sig. _____ nato a

il _____ Cell. Oppure e-mail di riferimento

La sig.ra _____ nata a

il _____ Cell. Oppure e-mail di riferimento

Genitori di _____ nata/o a

il _____

Chiedono per

loro figlio/a, in qualità di genitori oppure in qualità di legale/i tutore

Una prestazione professionale per il/la minore alla dott.ssa/ al dott.

informati che:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica, o colloquio psicologico, o prestazione psicoterapeutica, finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico e che la stessa è ad indirizzo _____;

- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi, compresi test e questionari e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico (n.b. prestazioni domiciliari solo se la situazione è tale da richiederne, o comunque a discrezione del professionista, dopo averlo concordato con i genitori/tutore-i), e

colloqui con le persone significative nella vita del minore, concordandone l'opportunità e disponibilità con i genitori/tutore-i (compresi genitori e insegnanti);

- che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio clinico con la/il minore e/o con i genitori/tutore-i, i test psicodiagnostici al minore e/o ai genitori/tutore-i, l'osservazione della/del minore (anche in contesti quotidiani come casa e scuola ad esempio), il gioco simbolico, ovvero tutti gli strumenti che la letteratura scientifica e la teoria di riferimento nella quale il professionista è formato (scuola di psicoterapia, università, formazioni specifiche legalmente riconosciute) prevede come di comprovata efficacia (cfr. Art. 5 del Codice Deontologico degli Psicologi);
- che la frequenza dei colloqui sarà valutata in base alla problematica psicologica ed alla disponibilità personale e che nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione terapeutica (specificare: frequenza stabilita inizialmente nella misura di _____);

- che il paziente minore oggetto della prestazione sarà visto, secondo accordi da solo o con i genitori (o facenti vece); che lo psicologo qualora lo ritenesse opportuno fisserà incontri con i familiari (o facenti vece), o che il paziente stesso potrà chiedere un incontro con i familiari qualora ne ravvisasse il bisogno;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, anche se sono stati concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità (rivalutabili tra mesi _____);
- che il compenso sarà di euro _____.

N.B. Art. 28: Allo psicologo è vietata qualsiasi attività che, in ragione del rapporto professionale, possa produrre per lui indebiti vantaggi diretti o indiretti di carattere patrimoniale o non patrimoniale, ad esclusione del compenso pattuito.

- che il pagamento si svolgerà (segnare opzione concordata): mensilmente, ogni quindici giorni, settimanalmente, al termine di ogni incontro, altro _____

Che al fine di svolgere gli adeguati adempimenti fiscali comunica i seguenti dati

- nome _____, cognome _____, residenza _____,
- codice Iss _____ o codice fiscale _____,
- numero di carta Smac _____ pan di carta SMac _____.

- che in qualsiasi momento si può interrompere la terapia, tuttavia al fine di permettere i migliori risultati della stessa, va comunicata al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constati che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa - se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi);
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi (del quale può fornire copia) ed è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi); lo psicologo può derogare a questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi) o solamente qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi (Art. 13 del Codice Deontologico degli Psicologi). I genitori/tutore-i del minore potranno/potrà chiedere un colloquio al/alla dott./dott.ssa al fine di comprendere le azioni migliori da intraprendere data la situazione, di monitorare l'andamento, di fornire/ricevere informazioni utili; per gli stessi motivi il dott./dott.ssa potrà chiedere un colloquio ai genitori/tutore-i. Come da Art. 15, 16, 17 del Codice Deontologico, l'obbligo di segreto e riservatezza viene mantenuto anche in caso di necessaria consultazione, anche con altri professionisti (ad es. supervisori, psichiatri o consulenti), condividendo solo le informazioni strettamente necessarie. Anche in caso di raccolta di dati, di compilazione di report scientifici, di articoli o in caso di comunicazioni effettuate sotto richiesta dell'interessato, lo psicologo

adotta tutte le misure atte alla protezione della privacy, della tutela e ove possibile dell'anonimato della persona e informa la persona (e/o chi ne fa le veci).

Informazioni sui dati sensibili, sulla privacy e sulla comunicazione dati.

I dati sensibili fanno riferimento a due tipologie: 1. dati sulla salute e sulla vita delle persone e (coperti da segreto e estendibili a terzi solo ed esclusivamente se espressamente necessario per obbligo di legge o per volere scritto dell'interessato -Codice Deontologico art. 12 e art. 15-); 2. dati anagrafici, di contatto e di pagamento che come specificato potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;

- Accetto/accettiamo e dichiaro/dichiariamo di aver compreso le condizioni sopra esposte.
- Sono/siamo informato-a/i che in caso di necessità o dubbio sull'operato del dott./della dott.ssa _____ posso/possiamo chiedere informazioni anche all'Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino (e-mail: ordinepsicologirms@gmail.com).
- Desideriamo chiedere ci sia esibita copia della polizza assicurativa del dott./della dott.ssa _____ e prender nota del numero della stessa.

- Desidero/desideriamo ricevere copia del presente documento di "Consenso informato".

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

Al fine dello svolgimento dell'incarico professionale affidato alla Dott.ssa/al Dott. _____, con studio in _____, sarà necessario operare il trattamento dei Vostri dati personali.

1. I dati da Voi forniti verranno trattati nel rispetto dei principi della correttezza, liceità e trasparenza per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti volti all'espletamento delle prestazioni terapeutiche e/o fornitura dei servizi che Vi sono stati proposti;
- b) per adempiere ai conseguenti obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
- c) per eventuali contatti (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
- d) per sottoporVi, in futuro, informazioni e/o inviarVi documentazione (per posta o per e-mail).

2. La raccolta ed il trattamento dei Vostri dati personali (registrazione, organizzazione, conservazione per i termini di legge, cancellazione, distruzione degli stessi) saranno eseguiti dalla dott.ssa/dal Dott. _____, che esercita c/o _____ C.O.E. o P.I. _____

3. Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia l'eventuale mancato consenso al trattamento dei dati potrà condizionare e/o impedire la prosecuzione del rapporto professionale e l'esecuzione degli adempimenti amministrativi, fiscali e/o comunque previsti dalle leggi vigenti.

4. I dati non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti esterni, fatta eccezione per: a) Autorità, Enti o Uffici Pubblici in funzione di obblighi di legge e/o regolamentari; b) collaboratori e/o professionisti dal dott./dott.ssa _____ incaricati e autorizzati ad espletare le attività e/o servizi richiesti; c) consulenti per la tenuta della contabilità, la formazione dei bilanci e per gli adempimenti fiscali. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire soltanto previo Vostro esplicito consenso scritto.

5. in ogni momento è possibile ottenere la distruzione di tali dati.

I sottoscritti, in qualità genitori o tutori-e dell'interessato, presa integrale visione della presente informativa, attestano il libero consenso affinché Titolare e Responsabile procedano al trattamento dei nostri e dei suoi dati personali e alla loro eventuale comunicazione ai soggetti indicati nella presente informativa, solamente per le finalità espressamente riportate al punto 1, comma a, b, c, d, dell'informativa medesima. Si dichiara altresì di aver visionato, compreso e saputo della possibilità di ricevere copia della presente informativa e della polizza dell'assicurazione della/del Dott.ssa/dott. _____

In fede (Data e Firma di entrambi i genitori/tutore-i e firma e timbro del professionista)

Madre (o tutore legale) _____

Padre (o tutore legale) _____

Dott./Dott.ssa _____