

## Dati del Professionista

Nome e cognome:

Qualifica:

Indirizzo studio:

Tel.

Codice Operatore Economico:

Numero Iscrizione e Ordine di appartenenza:

### **Consenso Informato (per prestazioni individuali, di coppia, familiari, di gruppo, per minorenni)** **Ai sensi del vigente Codice Deontologico (in particolare art. 24)**

Informativa ai sensi della legge di RSM n° 70/1995 e succ. modifiche e del regolamento europeo UE 679/2016

Gentilissimo,

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.

Io sottoscritto-a oppure i sottoscritti (indicare nome e cognome del cliente se maggiorenne)

---

Chiedo una prestazione professionale per me sottoscrittente

Oppure **se per minorenni**

**Ai sensi dell'art. 23, 24, 31 del "Codice Deontologico degli Psicologi"**

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 una prestazione professionale per il/la minore

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

Rivolgendosi al dott./alla dott. \_\_\_\_\_,  
sono informato-a/siamo informati sui seguenti punti:

- La prestazione che verrà offerta è una consulenza/ psicoterapia/ prestazione psicologica /sostegno psicologico/ valutazione psicologica e/o psicodiagnostica finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale, familiare, di coppia o di gruppo.
- A tal fine potranno essere effettuati colloqui ed essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione, il sostegno in ambito psicologico, la psicoterapia, la consulenza quali i test, i questionari o le tecniche tipiche della professione, di comprovata efficacia e riconosciuti dalla comunità scientifica;
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico, della durata di 45/50 minuti ciascuno (altra durata \_\_\_\_\_), con frequenza da valutare in relazione alla problematica oggetto dell'intervento e alla disponibilità delle parti.

Ad oggi concordiamo cadenza \_\_\_\_\_ da rivalutare sempre in itinere in relazione alle necessità del/dei clienti.

- Il compenso, predefinito tenendo conto del Tariffario dell'Ordine degli Psicologi, della tipologia della prestazione effettuata, di particolari condizioni economiche espresse dal cliente/i, mi è/ci è stato debitamente comunicato dalla dott.ssa/dal dott. \_\_\_\_\_ e la prestazione sarà avviata solo ad accettazione da parte mia/nostra di tale tariffa (costo da intendersi per seduta, consapevole/i del fatto che allungare i tempi di una seduta, chiedere relazioni o interventi domiciliari, chiedere prestazioni non previste, sedute telefoniche tra un incontro e l'altro, potrebbe prevedere costi aggiuntivi, sempre precedentemente concordati):

- Sedute iniziali di consulenza (minimo 3, max 5): \_\_\_\_\_ € ciascuna per seduta individuale oppure \_\_\_\_\_ € a testa per partecipante se la seduta è di coppia o piccoli gruppi (minimo 2, max4);
- Seduta individuale in presenza € \_\_\_\_\_ ;
- Seduta coppia/famiglia in presenza € \_\_\_\_\_ ;
- seduta di gruppo (max \_\_\_\_ partecipanti) € \_\_\_\_\_ a partecipante;
- Seduta online (durata in minuti circa \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ €;
- Consulenze varie e finalizzate a intraprendere percorsi di CTP: \_\_\_\_\_ € l'una, con successivi accordi in base all'esigenza del cliente allegati alla presente e sottoscritti da entrambi) - specificare se presenti costi aggiuntivi a consegna della relazione finale di \_\_\_\_\_ €.
- Sedute mancate senza preavviso di almeno \_\_\_\_\_ ore prevederanno un costo di \_\_\_\_\_ €.

Accetto la tariffa concordata e quanto sopra esposto

Non accetto

### Ulteriori accordi.

- La durata dell'intervento non è definibile a priori in maniera certa, tuttavia si concorderanno obiettivi e tempi di rivalutazione.
- In qualsiasi momento potrò/potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa, mi impegno/ci impegniamo a comunicare alla dott.ssa/ al dott. \_\_\_\_\_ la volontà di interruzione, rendendomi/rendendoci disponibile/i ad effettuare un ultimo colloquio, finalizzato a esplicitare le motivazioni di tale decisione, ricevere una sintesi verbale del lavoro svolto insieme, avere eventuali indicazioni su altri professionisti.
- Sono/informato-a/siamo informati che la dott.ssa/il dott. \_\_\_\_\_ esercita avendone titolo, essendo regolarmente iscritta/o all'Ordine e Albo degli Psicologi della Repubblica di San Marino, con numero \_\_\_\_\_.
- Sono/siamo informato-a/i che se lo desidero/desideriamo posso/possiamo ricevere una copia del Codice Deontologico degli Psicologi dalla dottoressa/dal dottore e ulteriori informazioni sulla professione di psicologo e psicoterapeuta.
- Secondo il Codice Deontologico degli Psicologi (Art. 27) se la dottoressa/il dottore ritenesse di non potermi/poterci essere d'aiuto o che la prestazione offerta non sia più efficace, potrà indicarmi/indicarci

metodi e professionisti idonei alla mia/nostra situazione e concludere la prestazione; così come potrei/potremmo chiedere io/noi indicazione di altri professionisti.

• Secondo il Codice Deontologico lo psicologo ha obbligo di segreto professionale, al quale non può sottrarsi, salvo dove imposto/previsto per legge e con le modalità previste per legge. Qualora io/noi sottoscritto-a/i necessiti/necessitissimo di comunicare qualcosa in merito alla mia/nostra situazione che preveda lo svelamento di qualche elemento riferito durante le sedute, autorizzerò/autorizzeremo tramite consenso scritto la dott./dott.ssa.

- ➡ **Per i minorenni:** sono/siamo concordi sul fatto che il paziente minore oggetto della prestazione sarà visto in studio (o online) da solo, ma 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 propri familiari qualora ne ravvisasse il bisogno; o i familiari potranno chiedere un incontro alla dottoressa/al dottore, informati del fatto che il minore ne verrà messo a conoscenza e che non saranno rivelati i contenuti delle sedute salvo quelli dovuti per obbligo di legge o inerenti un qualche rischio sulla incolumità del minore.

### **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;**

**Il signor. \_\_\_\_\_ Venendo  in proprio o come genitore/tutore di \_\_\_\_\_ è informato dei seguenti punti:**

- Il trattamento e la conservazione dei dati da me/noi forniti, definiti dati sensibili, sarà responsabilità secondo legislazione vigente della dott.ssa/dottor \_\_\_\_\_, che è responsabile e titolare dello studio; avverrà con procedure idonee a tutelare la mia/nostra riservatezza (sigle, archivi con chiave, computer con password, file senza nomi e riferimenti specifici al riconoscimento della persona) e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, eventuale analisi statistica, consultazione tra professionisti (anche per la discussione del caso con un supervisore esperto in materia se la dott.ssa/il dottore ne ritenesse utile il parere, mantenendo la riservatezza e rendendo i dati non riconducibili alla mia / nostra persona, ad esempio utilizzando sigle e eliminando data di nascita e residenza), pubblicazioni scientifiche o a contenuto scientifico di articoli, saggi, libri, ricerche (mantenendo la riservatezza e rendendo i dati non riconducibili alla mia / nostra persona, ad esempio utilizzando sigle, nomi fittizi, eliminando data di nascita e residenza, utilizzando dati in maniera accorpata).
- I dati sono raccolti al fine di conoscere al meglio la mia/nostra storia per offrire la miglior prestazione possibile; possono essere oggetto di statistiche, analisi psicometriche o pubblicazioni o ricerche come specificato al punto sopra (mantenendo standard di protezione della privacy: es. forma anonima, accorpamento dei dati o sigle atte a non risalire direttamente alla mia/ nostra persona); e per svolgere tutti gli adempimenti fiscali e legislativi secondo normativa (es. emissione fattura, SMaC Card, dichiarazione dei redditi, comunicazione al commercialista di fiducia).
- Potrò/potremo in qualunque momento chiedere e ottenere la cancellazione e la distruzione degli stessi.
- Consapevole/i che il trattamento dei dati si rivela parte essenziale per l'espletamento e il lavoro della dott.ssa/del dottore (o eventuali collaboratori di seguito specificati \_\_\_\_\_), dott.ssa o dottore \_\_\_\_\_ (titolare dello studio) che ne è responsabile, ho/abbiamo quindi il diritto di oppormi/opporci in tutto o in parte secondo le modalità e i limiti previsti dalla normativa vigente; posso/possiamo chiedere l'aggiornamento e l'integrazione dei dati forniti; posso/possiamo in generale richiedere di esercitare tutti i diritti che sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge. Tuttavia la non comunicazione degli stessi, o la comunicazione parziale, o la richiesta di cancellazione/distruzione renderà impossibile iniziare, svolgere, proseguire la prestazione della dott.ssa/ del dottore \_\_\_\_\_ in qualsiasi forma (o dei/del collaboratori/e dott. \_\_\_\_\_), la quale quindi avrà diritto di cessare senza altre motivazioni o avviso ogni prestazione nei miei/nostri confronti, pretendendo l'onorario pattuito fino all'ultima prestazione effettuata.

- I dati e l'indirizzo che comunico/comunichiamo alla dottoressa per gli adempimenti di cui sopra e fiscali (fatturazione, invio di eventuale corrispondenza, registrazione SMaC card) sono i seguenti, consapevole/i che ogni falsa dichiarazione costituisce un illecito e vanno compilati per ogni partecipante di proprio pugno (salvo minori, per cui i genitori o tutori legali compileranno o firmeranno in vece del minore):

Accetto/accettiamo sotto mia/nostra responsabilità di dichiarare i seguenti dati:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Via e numero civico: \_\_\_\_\_

Cap, città, paese: \_\_\_\_\_

Cod. Iss. O Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero SMaC Card \_\_\_\_\_ Pan \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Se più partecipanti:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Via e numero civico: \_\_\_\_\_

Cap, città, paese: \_\_\_\_\_

Cod. Iss. O Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero SMaC Card \_\_\_\_\_ Pan \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

N.B. se in coppia, compilare entrambi. Se trattasi di terapia/consulenza familiare con diversi membri assieme alla coppia genitoriale, compilare ad opera di un referente che esercita la patria potestà, indicando comunque tutti i nomi e cognomi. Se in gruppo, compilare in un foglio da allegare alla presente per ogni partecipante (nome, cognome, data e luogo di nascita, via e numero civico, città, cod. Iss o fiscale, numero di telefono, email)

### **Barrare la propria scelta tra le opzioni sottostanti (accetto/non accetto)**

**1.**

Accetto/accettiamo di sottoporci/sottopormi alle prestazioni presentate dalla dott.ssa/dal dott. \_\_\_\_\_ [eventuale collaboratore dott. \_\_\_\_\_].

Non accetto/non accettiamo di sottoporci/sottopormi alle prestazioni presentate dalla dott.ssa Corbelli Laura.

**2.**

Dichiaro/dichiariamo di aver compreso le condizioni sopra esposte; dichiaro/amo che la dott.ssa/ dott. \_\_\_\_\_ le ha spiegate e si è resa/o disponibile a discuterle qualora non siano chiare.

Dichiaro/dichiariamo di non aver compreso le condizioni sopra esposte; dichiaro/amo che la dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_ non le ha spiegate e non si è resa/o disponibile a discuterle qualora non siano chiare.

3.

- Voglio/vogliamo chiedere ci sia esibita copia della polizza assicurativa del dott./della dott.ssa \_\_\_\_\_, stipulata regolarmente con \_\_\_\_\_ numero identificativo \_\_\_\_\_
- Non voglio/vogliamo chiedere ci sia esibita copia della polizza assicurativa del dott./della dott.ssa \_\_\_\_\_,

4.

- Sono/siamo stato/i informato-a/i che in caso di necessità o dubbio sull'operato della psicologo posso/possiamo chiedere informazioni anche all'Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino [ordinepsicologirms@gmail.com](mailto:ordinepsicologirms@gmail.com).
- Non sono /siamo stato/i informato-a/i che in caso di necessità o dubbio sull'operato dello psicologo posso/possiamo chiedere informazioni anche all'Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino [ordinepsicologirms@gmail.com](mailto:ordinepsicologirms@gmail.com)
- Ricevo/riceviamo copia del presente documento.

In fede

Luogo, data e firma del cliente (se in proprio) \_\_\_\_\_

Luogo, data e firma del cliente (se in coppia) \_\_\_\_\_

Per i minorenni:

Luogo, data e firma del genitore (o tutore legale) \_\_\_\_\_

Luogo, data e firma del genitore (o tutore legale) \_\_\_\_\_

Timbro, luogo, data e firma del professionista

\*Nota finale: si rende noto che in caso di fallimento del percorso di coppia, anche quando trattasi di consulenza in fase di separazione/divorzio e/o di incontri chiesti al fine di trovare un accordo sui figli minori se i partecipanti sono genitori e/o al fine di raggiungere una comunicazione meno conflittuale in fase di separazione/divorzio, i partecipanti sono tenuti al segreto di quanto emerso negli incontri e lo psicologo non potrà essere coinvolto in nessun giudizio o azione tra le medesime parti, né quale testimone, né quale esperto, poiché in obbligo verso entrambe le parti e legato al segreto professionale. Ugualmente per gli incontri di gruppo.

\*\*\*Eventuali note aggiuntive o specifiche a cura della dottoressa/ del dottor \_\_\_\_\_

---

---

---

---