

**CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE
PER PRESTAZIONI PSICOTERAPEUTICHE**

MODULO PROFESSIONALE PER SEDUTE INDIVIDUALI ONLINE E IN PRESENZA 100

DA RIMANDARE INDIETRO COMPILATO, FIRMATO E SCASIONATO IN OGNI SUA PARTE PRIMA DELL'EFFETTUAZIONE DELL'INCONTRO ONLINE O PORTARLO DIRETTAMENTE ALLE SEDUTE IN PRESENZA - IN CASO CONTRARIO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA.

Il sottoscritto dott. Alessandro D'Orlando, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Friuli Venezia Giulia con il n. 539 sez.A e annotato nell'elenco degli psicoterapeuti, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig. _____, lo informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una psicoterapia finalizzata a MIGLIORARE LE RELAZIONI INTERPERSONALI _____;
- la psicoterapia che sarà praticata è ad orientamento **GESTALTICO**;
- esistono altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello sopra indicato;
- la psicoterapia potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo percorso di terapia oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese ONLINE oppure in PRESENZA a UDINE.
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la psicoterapia. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e **si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto**;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- l'intervento è ipotizzabile (VALORE DI MASSIMA) che esso si articolerà n. **30** sedute a cadenza bisettimanale. Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – **viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere.** In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

MODALITA' DEI PAGAMENTI

- **il compenso complessivo da corrispondere è pari ad Euro 100/45' oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e alla marca da bollo da euro 2.**
- Le sedute vanno saldate di volta in volta in studio se avvengono in presenza.
- Per le sedute online si rimanda al paragrafo successivo.

- I pagamenti devono avvenire tramite bonifico alle coordinate bancarie indicate sul documento di pagamento, dal conto corrente del paziente, per poter richiedere la detrazione.

PER LE SEDUTE ONLINE

- Le sedute che avvengono online devono invece essere saldate prima dell'incontro. La prima seduta verrà fatturata singolarmente, gli altri incontri - 2 al mese - saranno fatturati mensilmente in anticipo, due alla volta. Le fatture saranno inviate via telegram preferibilmente altrimenti Whatsapp.
- Sempre per le sedute online sarà inviata copia della ricevuta pagamento, preferibilmente via telegram, altrimenti whatsapp al sottoscritto, prima della seduta da effettuare.
- Il collegamento avverrà con i mezzi concordati.

REGOLAMENTO PER EVENTUALI MODIFICHE DISDETTE

Eventuali disdette o modifiche di orario devono essere richieste entro le 24 ore precedenti all'incontro, in caso contrario saranno addebitate le spese della seduta in via integrale.

PROPOSTA DI INTERVENTI E PERCORSI INTEGRATIVI

Saranno presentate di volta in volta corsi, videocorsi, libri che possono integrare in modo efficace il percorso svolto. L'approfondimento di detto materiale e di tali percorsi è suggerita per accelerare il percorso di cambiamento personale e di superamento della fase di crisi.

Si raccomanda l'iscrizione al canale telegram personale per la comunicazione di eventuali percorsi di crescita personale:

PER LE NOVITA' RELATIVE AI CORSI DI GRUPPO IN PRESENZA E AD ALTRI INCONTRI FORMATIVI.

<https://t.me/alessandrodorlando>

PER LE DIRETTE DELLA MATTINA E NOVITA' SUI VIDEOPERCORSI DI CRESCITA PERSONALE

<https://t.me/lifevideoradio>

ISCRIZIONE ALLA NEWSLETTER sul sito alessandrodorlando.it

ISCRIZIONE ALLA NEWSLETTER DI lifevideo.it

ASSENSO

COMPILARE IN STAMPATELLO GRAZIE

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in Via
_____ n. _____ CAP _____ CF _____

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa AUPI, n. polizza 2013/3/2165627 appendice 13, massimale 1.500.000), dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. ALESSANDRO D'ORLANDO
- 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, Data

____/____/____

Firma interessato

Il dott. ALESSANDRO D'ORLANDO sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma del dott./della dott.ssa

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)**

Il dott. ALESSANDRO D'ORLANDO, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei., in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale.

I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di terapia psicoterapica, finalizzata al conseguimento di un rafforzamento dell'efficienza funzionale della personalità.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge. Previo suo consenso (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) alcuni dati saranno trasmessi all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria, ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato. In ogni caso l'opposizione all'invio dei dati non pregiudica la detrazione della spesa.

Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione NON VERRANNO MAI comunicati e trasmessi ad alcuno.

In caso di terapia di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso delle sedute, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.

Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti la fatturazione della prestazione saranno trasmessi ad un commercialista di fiducia, tenuto anch'egli al segreto professionale.

I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto :

- all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r all'indirizzo ALESSANDRO D'ORLANDO, Via Garibaldi, 1/C - 33028 Tolmezzo (UD)

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Luogo, Data
____/____/____

Firma interessato

In caso di prestazione sanitaria, per l'invio all'Agenzia delle Entrate dei dati necessari ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata come indicato nell'Informativa,

Autorizzo la trasmissione dei dati

Non Autorizzo la trasmissione dei dati

Luogo, Data
____/____/____

Firma interessato
