Dott.ssa Sara Piattino

Psicologa - Psicoterapeuta (iscritta O.P.L. - GE – 1755 /Sez. A).
Dottore di Ricerca (P. - Specializzazione in Psicologia e Scienze Cognitive) e tecnico E.M.D.R II livello.
Specializzazione: *E.M.D.R. II Livello.* - Abilitazione: *Psicologia e Psicoterapia Aumentata in Realtà Virtuale*.
C.F.: **PTTSRA82L63D969V** - P.IVA: **02081590990 -** Codice Destinatario: **CLRCMCZ** //
E-mail: spiattino@gmail.com - PEC: sara.piattino.652@psypec.it - Mobile: +39 3472841335

Modulistica per la prestazione professionale psicologica

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA VIA INTERNET E A DISTANZA

(CONSENSO INFORMATO, PATTUIZIONE DEL COMPENSO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE).

Il/La sottoscritto/a _____,

nati/a/o a _____ il _____ residenti/e a _____, in via _____

Cod. Fiscale: _____ - Tel.: _____

E-mail: _____

Codice identificativo/codice destinatario SDI oppure PEC (Posta Elettronica Certificata)

---

affidandosi alla dott.ssa ***Sara Piattino***, è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.,* nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
- la prestazione è finalizzata ad attività 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 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – *(art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*
- la consulenza psicologica è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi e le attività di abilitazione-riabilitazione e sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento è definibile in n° di sedute _____ ;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- lo psicologo può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario alla sua prestazione (Art.12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (CD) e le Linee Guida per le Prestazioni Psicologiche via internet e a distanza sono a disposizione su richiesta;
- il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, sarà precedentemente comunicato;

Dott.ssa Sara Piattino

Psicologa - Psicoterapeuta (iscritta O.P.L. - GE – 1755 /Sez. A).
Dottore di Ricerca (P. - Specializzazione in Psicologia e Scienze Cognitive) e tecnico E.M.D.R II livello.
Specializzazione: *E.M.D.R. II Livello.* - Abilitazione: *Psicologia e Psicoterapia Aumentata in Realtà Virtuale*.
C.F.: **PTTSRA82L63D969V** - P.IVA: **02081590990 -** Codice Destinatario: **CLRCMCZ** //
E-mail: spiattino@gmail.com - PEC: sara.piattino.652@psypec.it - Mobile: +39 3472841335

o Il **trattamento dei dati personali sarà conforme e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018: il GDPR e il D.Lgs. 101/2018, prevedono e rafforzano la** protezione e il trattamento dei dati personali **alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati. Il titolare del trattamento è il/la dott.ssa SARA PIATTINO.**

o il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;

o il trattamento dei dati avrà luogo anche con modalità automatizzate, informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;

o ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

- **Prestazione:** €./*seduta-prestazione online* = **70,00** (Euro/*seduta-prestazione online* **Settanta**)[1] €./*seduta -prestazione in presenza* = 8**0,00** (Euro/*seduta-prestazione in presenza* **Ottanta**) + Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2% + bolli, oltre altre eventuali spese aggiuntive (es. somministrazione di test, stesura di relazione etc..). Si precisa che eventuali disdette, per le sedute programmate, dovranno essere comunicate con anticipo di almeno 24 ore, pena il riconoscimento del relativo corrispettivo pattuito (ad eccezione di influenza/malattia; allerta rossa). *[Se Prestazione Sanitaria: "Operazione esente IVA ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972". Se Prestazione Professionale: "oltre oneri fiscali IVA (22%) e R.A. (20%)"].*

- **Termini di pagamento**: *All'emissione / ricevimento di fattura Proforma / Ricevuta.* I versamenti potranno, preferibilmente, avvenire tramite Bonifico Bancario: c/c nr. **000001899** - Intestato a: Dott.ssa Sara Piattino - Banca CREDEM - Ag. 2 Genova - Iban: **IT27L0303201402010000001899//**, con causale: Fattura n. …….. Seduta del …....., Nome e Cognome.

- *Il mancato rispetto dell'appuntamento da parte del cliente non implica alcun rimborso.*
- La fattura verrà spedita via mail o consegnata "*Brevi manu*".
- Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.
- Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione a un tariffario scelto dal professionista, indicato in termini generali o parziali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto. Il preventivo economico deve comunque intendersi suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere cambino o si integrino radicalmente rispetto a quanto prospettato e comunicato o siano *maggiormente complesse* rispetto a quelle ad oggi ipotizzabili.
- La dott.ssa Sara Piattino è assicurata con Polizza RC professionale n. 505610972, sottoscritta con *"CAMPI"* (compagnia assicurativa Allianz S.p.A., Milano)

[1] Per le sedute di coppia / familiari, il costo è pari ad euro 90,00 (Euro Novanta/00). Per le sedute di gruppo , il costo è pari ad Euro 25,00 (Euro Venticinque/00).

Dott.ssa Sara Piattino

Psicologa - Psicoterapeuta (iscritta O.P.L. - GE – 1755 /Sez. A).
Dottore di Ricerca (P. - Specializzazione in Psicologia e Scienze Cognitive) e tecnico E.M.D.R II livello.
Specializzazione: *E.M.D.R. II Livello.* - Abilitazione: *Psicologia e Psicoterapia Aumentata in Realtà Virtuale*.
C.F.: **PTTSRA82L63D969V** - P.IVA: **02081590990 -** Codice Destinatario: **CLRCMCZ** //
E-mail: spiattino@gmail.com - PEC: sara.piattino.652@psypec.it - Mobile: +39 3472841335

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate; dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dalla professionista e qui sopra riportato. Con piena consapevolezza, decide di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Sara Piattino anche esprimendo il proprio libero consenso alla prestazione e al preventivo suindicati, barrando la casella di seguito:

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data: Genova_____

In fede,

Firma _____