



Dr.ssa CHIARA BENEDETTI
Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Tel. 328 5665998
Email benedettichiara@icloud.com

Modulistica per la prestazione medico professionale

I/la/il sottoscritti/a/o _____

nati/a/o a _____ il _____,

residenti/e a _____, in via _____

affidandosi alla dott.ssa Benedetti Chiara, Medico Chirurgo Psicoterapeuta, cell.328/5665998, email:

benedettichiara@icloud.com

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. Il medico è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico dei Medici Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda: consulenza / colloqui / psicoterapia / valutazione psicodiagnostica;
3. la prestazione è da considerarsi:
 - Ordinaria: *definizione del bisogno, presa in carico psicoterapeutica;*
 - Complessa: *in relazione al coinvolgimento nella presa in carico di altri professionisti (psicologo, neuropsichiatra, pediatra, psichiatra, logopedista, psicomotricista, insegnanti, servizi sociali, pedagoga, educatore);*
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicoterapeutico;
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico, test psicodiagnostici, scale di valutazione;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in numero di sedute da concordare in base agli obiettivi prestabiliti;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dr.ssa Chiara Benedetti la volontà di interruzione;
8. la dr.ssa Chiara Benedetti può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto, quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto, può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;
9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Se l'utenza non comunica la disdetta dell'appuntamento entro le 24 ore precedenti, la prestazione è da considerarsi da saldare. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.



Dr.ssa CHIARA BENEDETTI
Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Tel. 328 5665998
Email benedettichiara@icloud.com

Riceve il seguente **preventivo di massima** nei seguenti termini:

Prestazione € 70 (settanta/00) a seduta da saldare al ricevimento di fatturazione mensile.

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale. Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione ad un tariffario scelto dalla professionista, indicato in termini generali o parziali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite, disponibili all'atto della redazione del presente atto. Il preventivo economico deve comunque intendersi suscettibile di modifiche, da comunicare preventivamente, 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 dr.ssa Chiara Benedetti è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con ASSIDOCTOR n.A819D0201A22GDA-LB.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza 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.
2. La dr.ssa Chiara Benedetti è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. **dati anagrafici, di contatto e di pagamento** – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito), ecc.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o 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.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine **dati personali** si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dal medico costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico dei Medici Italiani.

3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte



Dr.ssa CHIARA BENEDETTI
Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Tel. 328 5665998
Email benedettichiara@icloud.com

le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. 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.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. 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 successivamente per un tempo di **10 anni**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di 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 Medici Italiani).
8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.
9. Salvo parere contrario, da rendere attraverso il punto in calce alla presente, i dati anagrafici, di contatto e di pagamento saranno comunicati all'Agenzia delle Entrate, ai fini della dichiarazione dei redditi, tramite flusso telematico del **Sistema Tessera Sanitaria**. Tale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata. Nel caso di consenso le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del **mod.730/UNICO precompilato** e risulteranno accessibili anche dai soggetti fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.). A partire dal 01.01.2020, per poter fruire delle detrazioni Irpef del 19% per oneri fiscalmente rilevanti, diventa obbligatorio utilizzare sistemi di pagamento tracciabili (bonifici bancari, carte di debito, di credito e prepagate, assegni bancari, bancomat). L'utilizzo del contante



Dr.ssa CHIARA BENEDETTI
Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Tel. 328 5665998
Email benedettichiara@icloud.com

resta ammesso, ma comporta la rinuncia al diritto alla detrazione della spesa nella dichiarazione dei redditi. Si invita l'utenza ad accedere al metodo di pagamento preferenziale in base alle personali esigenze fiscali e a dichiararlo nell'apposita area in calce.

10. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
11. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR** (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
12. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia, è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti:

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 .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ ,
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____

(in caso di interdetto)

nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____

altro specificare _____



Dr.ssa CHIARA BENEDETTI
Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Tel. 328 5665998
Email benedettichiara@icloud.com

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, alla comunicazione e condivisione dei propri dati personali con gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico (psicologo, neuropsichiatra, pediatra, psichiatra, logopedista, psicomotricista, insegnanti, servizi sociali, pedagogista, educatore)

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

In caso di prestazione sanitaria per **l'invio all'Agenzia delle Entrate** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

In caso di prestazione sanitaria, per **l'accessibilità alla detrazione fiscale** esprime il proprio consenso all'utilizzo di moneta elettronica per il saldo delle prestazioni.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Timbro e firma della Professionista
