



**Modulistica unica per  
la prestazione professionale sociale**

I/la/il  
sottoscritti/a/o \_\_\_\_\_,  
nati/a/o \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residenti/e a \_\_\_\_\_, in  
via \_\_\_\_\_ affidandosi allo Studio Associato Integrato  
6inEQUIPE nella persona della dott.ssa SABRINA RITORTO, numero di telefono 338 4234178  
indirizzo PEO sabrina.ritorto@gmail.com, PEC - Posta Elettronica Certificata  
sabrina.ritorto@pec.it, iscritta alla Sez. B dell'Albo professionale degli Assistenti Sociali della  
regione Lombardia con n. 3960/B, la cui polizza professionale è la n.  
2017/03/2295493 stipulata con la Società Reale Mutua.

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

1. l'assistente sociale è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Assistenti sociali Italiani;
2. la \_\_\_\_\_ prestazione \_\_\_\_\_ offerta \_\_\_\_\_ riguarda \_\_\_\_\_; (consulente nell'area relazionale - oppure - accoglienza, studio del caso e ricerca delle risorse per casi semplici a favore del singolo/della famiglia - cfr. DM 106/2013);
3. la sottoscritta professionista informa i sig.ri/il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ che l'intervento proposto e concordato si configura all'interno delle competenze professionali dell'Assistente Sociale;
4. a fronte degli accordi intercorsi con i sig.ri/il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ genitore/i del minore \_\_\_\_\_, esprimono il proprio consenso al fatto che la sottoscritta dr.ssa Sabrina Ritorto:
  - contatti il proprio legale difensore
  - contatti la scuola per avere informazioni circa la situazione di nostro figlio/nostro figlio
  - contatti il pediatra/medico di base
  - contatti lo psicologo/psicoterapeuta/psichiatra dr. \_\_\_\_\_
  - contatti i Servizi Sociali del Comune/Tutela Minori
  - contatti la Neuropsichiatria infantile
  - contatti il Centro Psico Sociale (CPS)
  - contatti il Nucleo Operativo Alcolismo (NOA)
  - contatti \_\_\_\_\_

5. La sottoscritta dr.ssa Sabrina Ritorto si impegna, inoltre, a concordare con la/il minore (solo se presente nella situazione) e i genitori, e il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ le ipotesi di intervento successive all'attuale e a informare in maniera trasparente sia il minore (solo se presente nella situazione) sia i genitori, e il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ sui propri metodi di lavoro che allo stato attuale, come concordato prevedono:

- lettura della documentazione in possesso
- colloqui in studio
- colloqui al domicilio
- riunioni con i Servizi sopra indicati
- riunioni con i professionisti sopra indicati
- scrittura di relazioni per le parti
- verbali dei colloqui
- colloqui via skype e supporto telefonico periodico
- monitoraggio telefonico con Servizi e/o professionisti sopra indicati

6. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa SABRINA RITORTO la volontà di interruzione, dando consenso di un ultimo colloquio per dare opportunità di chiusura al percorso;
8. lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE nella persona della dott.ssa SABRINA RITORTO può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata 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 oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza e/o di presa in carico. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra almeno 24 ore prima. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti. In caso di mancata osservanza del termine per la disdetta dell'appuntamento da parte del cliente, lo stesso sarà obbligato a corrispondere al professionista il costo dell'intero incontro; quanto sopra fatti salvi per entrambe le parti i casi di forza maggiore opportunamente documentati o provati.

Conferito l'incarico si riceve il seguente **preventivo di massima:**

- € \_\_\_\_\_ (es: primo colloquio - cfr. DM 106/2013);
- € \_\_\_\_\_ (es: analisi della domanda e studio del caso - cfr. DM 106/2013);
- € \_\_\_\_\_ (es: ricerca, analisi e valutazione della documentazione specifica - cfr. DM 106/2013);
- € \_\_\_\_\_ (
- )

il cui valore è pari ad € \_\_\_\_\_, a cui andranno aggiunte l'IVA e l'eventuale contributo per la Cassa di previdenza, come per legge, se dovute.

Le parti convengono le seguenti scadenze di pagamento:

- entro il \_\_\_\_\_ pagamento di € \_\_\_\_\_;
- entro il \_\_\_\_\_ saldo dell'incarico.

Entrambe le parti ritengono il compenso congruo, proporzionato e soddisfacente.

Il conferimento di tale incarico è valido fino al \_\_\_\_\_.

Termini di pagamento: alla consegna della fattura con bonifico/assegno/contanti/bancomat.

Si precisa che al terzo appuntamento disdetto, senza che vi sia stata adeguata comunicazione o un accordo con il professionista, lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE provvederà a comunicare l'interruzione della presa in carico e fatturare le prestazioni sino a quel momento elargite. Così come il mancato pagamento costituisce causa di scioglimento del presente contratto.

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.

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. Lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE nella persona della dott.ssa/dott. BIANCHI SILVIA 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 PEO e 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 dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del

GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE è titolare del trattamento dei "dati professionali" per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto.

Lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE utilizzerà i dati professionali e personali, adeguati, pertinenti e limitati, per i necessari confronti tra i professionisti coinvolti nella conduzione del percorso clinico (a titolo d'esempio: neuropsichiatra infantile, psichiatra, assistente sociale, figure legali, logopedista, educatore professionale, psicologo/psicoterapeuta); tutti i professionisti coinvolti nel percorso sono tenuti alla regola del segreto professionale.

Lo Studio Associato Integrato 6inEQUIPE utilizzerà i dati professionali e personali, adeguati, pertinenti e limitati, per i confronti con Enti coinvolti nel trattamento, confronti ritenuti necessari rispetto alla finalità dello stesso e precedentemente concordati con il cliente (a titolo di esempio: Scuola, Tribunale, Servizio di Tutela Minori, Servizi comunali alla persona).

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 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 Psicologi 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 (commercialista, segretaria);
- 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, le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del **Sistema Tessera Sanitaria**, ai fini dell'elaborazione del **mod.730/UNICO precompilato** e risulteranno accessibili anche dai soggetti ai quali Lei dovesse risultare fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.). L'opposizione all'invio dei dati (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata.

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](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto: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. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

altro specificare \_\_\_\_\_

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

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

Il presente documento si compone di n. \_\_\_\_\_ pagine.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Timbro e firma della/del Professionista*

\_\_\_\_\_