

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 DI GRUPPO

(Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani")

I Sigg. firmatari, elencati e identificati nell'allegato debitamente controfirmato per accettazione con espressione del pieno consenso; affidandosi alla dott.ssa Sara Piattino, sono stati informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

- la consulenza psicologica è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
- 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);
- il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, sarà precedentemente comunicato;
- i dati forniti saranno trattati ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. All'interessato sarà possibile esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018. Il titolare del trattamento è la dott.ssa SARA PIATTINO.
- 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;
- 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: Il compenso sarà concordato tra le parti, facendo riferimento al tariffario CNOP (Euro/seduta-prestazione) + Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2% + bolli, oltre altre eventuali spese aggiuntive,.**
- **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.**
- **La dott.ssa Sara Piattino è assicurata con Polizza RC professionale n. 505610972, sottoscritta con "CAMPI" (compagnia assicurativa Allianz S.p.A., Milano).**

Luogo e data: Genova _____

In fede, Dott.ssa Sara Piattino

Firma _____

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

Allegato alla modulistica per la prestazione professionale psicologica

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA DI GRUPPO

(Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani")

Avendo ricevuto apposita allegata informativa professionale e informazioni adeguate; i sottoscritti dichiarano di aver compreso quanto spiegatogli/le dalla professionista. Con piena consapevolezza, decidono di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Sara Piattino anche esprimendo il proprio libero consenso alla prestazione e a tutto quanto specificato sul relativo documento.

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____

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

Allegato alla modulistica per la prestazione professionale psicologica

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA DI GRUPPO

(Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani")

Avendo ricevuto apposita allegata informativa professionale e informazioni adeguate; i sottoscritti dichiarano di aver compreso quanto spiegatogli/le dalla professionista. Con piena consapevolezza, decidono di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Sara Piattino anche esprimendo il proprio libero consenso alla prestazione e a tutto quanto specificato sul relativo documento.

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____

La/il
sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il
_____,
residente a _____, in via
_____,
codice fiscale _____,

Firma per accettazione con espressione del pieno consenso: _____