

Gentilissimi Genitori/Tutori,

Vi invitiamo a leggere, compilare e sottoscrivere le tre seguenti sezioni:

- 1) Fatturazione
- 2) Nota informativa per la trasmissione dei dati al Sistema Tessera Sanitaria
- 3) Informativa per la privacy

Grazie,

Staff Apertamente

Dott.ssa Giulia Bonfanti, Dott.ssa Ilenia Belotti, Dott. Daniele Rottigni, Dott.ssa Tatiana Zaninoni

1) FATTURAZIONE

Al fine di emettere regolare fattura, precisiamo che:

- la fattura potrà essere intestata al genitore oppure al minore;
- per coloro che riceveranno la fattura dagli **psicologi**, la prestazione sanitaria verrà inserita nel Sistema Tessera Sanitaria **a nome del minore diretto fruitore** del Servizio;
- la fattura sarà **detraibile** come spesa sanitaria per i **minori con diagnosi certificata**.

Firma per presa visione: _____

2) NOTA INFORMATIVA TRASMISSIONE DATI SISTEMA TESSERA SANITARIA

A partire dal 2016 secondo la disposizione del D. M. del 31/7/2015 ad integrazione di quanto previsto dal D. M. 175/2014, siamo tenuti per legge in quanto **psicologi** a trasmettere i vostri dati e fatturazioni al Sistema Tessera Sanitaria, il quale li rende disponibili all'Agenzia per le Entrate per il 730 precompilato.

Se voleste esercitare la vostra opposizione alla trasmissione dei dati potete:

- sottoscrivere in fattura la dicitura "**mi oppongo alla trasmissione dei dati prevista dal D.M. del 31/07/2015 ad integrazione di quanto previsto dal D.M. 175/2014**" e firmare
- opporvi successivamente selezionando la singola spesa sanitaria sul portale www.sistemats.it accedendovi tramite le credenziali fisco-online o tramite la propria tessera sanitaria attiva, o compilando il modulo sempre reperibile sul medesimo sito.

Firma per presa visione: _____

3) INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL GDPR 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)

Gentili Genitori/Tutori (vostro nome e cognome) _____

ai sensi dell'articolo 13 del regolamento U.E. 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento dei dati personali, si informa di quanto segue:

3.1 Finalità del trattamento:

I dati forniti verranno utilizzati per scopi legati all'esecuzione del piano di trattamento psicologico concordato per il minore (nome e cognome del minore) _____

nata/o il a

residente a

3.2 Modalità del trattamento:

Per quanto riguarda la scheda paziente vige il segreto professionale stabilito dall'Ordine degli Psicologi Italiani, seppure contemplando la condivisione con l'eventuale équipe che seguirà l'intervento, o con il supervisore dell'intervento (di cui al punto 3.4) .

3.3 Conferimento dei dati:

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 3.1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la sospensione del rapporto di trattamento psicologico.

3.4 Comunicazione e diffusione dei dati:

I dati forniti potranno essere comunicati a enti e professionisti che si occupano del minore, oltre che alla titolare e responsabile del Servizio Apertamente Dott.ssa Tatiana Zaninoni.

3.5 Titolare del trattamento:

Dott.ssa Psicologa Giulia Bonfanti, Dott.ssa Psicologa Ilenia Belotti, Dott. Psicologo Daniele Rottigni

3.6 Diritti dell'interessato:

In ogni momento sarà possibile esercitare ai sensi degli articoli 15 e 22 del Regolamento UE n 2016/679 il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati sensibili
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, e quando possibile, il periodo di conservazione
- ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati
- ottenere la limitazione del trattamento
- ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare di trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e trasmetterli ad un altro titolare senza impedimenti
- opporsi al trattamento in qualsiasi momento
- opporsi a un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, o di opporsi al loro trattamento, oltre il diritto alla portabilità dei dati
- revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- proporre reclamo ad un'autorità di controllo

rivolgendosi per mezzo mail agli indirizzi

bonfanti.giulia.87@gmail.com

ileniabelotti.psy@gmail.com

daniele.rottigni@yahoo.it

tatiana.zaninoni@gmail.com

dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

esprimo il consenso **non** esprimo il consenso **al trattamento dei miei dati inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

esprimo il consenso **non** esprimo il consenso **alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici o liberi professionisti per le finalità indicate nell'informativa.**

esprimo il consenso **non** esprimo il consenso **al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicato nell'informativa che precede.**

Firma per presa visione _____ data e luogo _____