

[inserire logo]

**Modulistica unica per
la prestazione professionale *[inserire voce]***

1. educativa professionale sociopedagogica - 2. pedagogica

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____ residente a
_____, in via _____

Numero _____ CAP _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

affidandosi al/alla dott./dott.ssa *[nome e cognome]*, con studio in *[città]* *[provincia]* *[via]* *[numero civico]* *[CAP]*, *[P.IVA]* *[C.F.]*, *[tel.]*, *[email]* *[pec]*

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

1. L'educatore sociopedagogico/pedagoga è strettamente tenuto ad attenersi alla legge 27.12.2017 n. 205, comma 594 e seguenti pubblicata nella G.U. serie Generale n. 302 del 29.12.2017 in vigore dal 01.01.2018;
2. la prestazione offerta riguarda _____;
[1) consulenza educativa sociopedagogica 2) consulenza pedagogica 3) valutazione educativa sociopedagogica 4) valutazione pedagogica]
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:

[1) ordinaria - "sono da considerarsi ordinarie: definizione del bisogno, presa in carico educativa, intervento educativo/pedagogico, ecc."; se complessa indicando l'articolazione delle differenti prestazioni incluse o il coinvolgimento di altri professionisti - 2) "è da considerarsi complessa in relazione al coinvolgimento nella presa in carico di altri professionisti (psicologo, neuropsichiatra e logopedista) al fine di ..., in relazione all'utilizzo di diversi strumenti diagnostico-valutativi ..., in relazione alle modalità multidisciplinari tipiche della struttura ...]
4. la prestazione è finalizzata ad attività di consulenza in ambito educativo professionale sociopedagogico/pedagogico);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:

[1) colloquio di consulenza educativo/pedagogico 2) test di vario tipo]
6. la durata globale dell'intervento è definibile in n. _____ incontri/sessioni/...;

*Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagoga*

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via _____ n° _____, CAP _____ Città _____ Provincia _____

P.IVA: _____ C.F. _____

email: _____ pec: _____ Tel. + 39 _____

[inserire logo]

[1] se non è possibile definire a priori il numero di sedute indicare che si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi]

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa/dott. [nome e cognome] la volontà di interruzione;
8. il dott. [nome e cognome] 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;
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. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. **Qualora il preavviso sia inferiore alle 24 h la seduta verrà integralmente fatturata.** Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

Riceve il seguente **preventivo di massima:**

ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012, e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

Prestazione

compenso per seduta/prestazione e fatturazione periodica ogni n° [incontri] o comunque [periodo].

€. [importo in cifre] [(importo in lettere)] + Cassa Nazionale di Previdenza (INPS) 4%

+ IVA (22%) e R.A. (20%)”

Termini di pagamento

€. _____ (in lettere)

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 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.

Il/la dott./dott.ssa [nome e cognome] è assicurato con Polizza RC professionale sottoscritta con [ente assicurativo], Assicurazione Civile terzi e Professionale numero [numero di polizza] con periodo di copertura [periodo dal/al]

Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagogista

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via _____ n° _____, CAP _____ Città _____ Provincia _____

P.IVA: _____ C.F. _____

email: _____ pec: _____ Tel. + 39 _____

Pag. 2 a 6

[inserire logo]

Sono /È informato/a 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. **Il/la dott./dott.ssa [nome e cognome]** 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 **[dall'educatore professionale sociopedagogico/pedagogista]** costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dalla legislazione vigente in materia di tutela della privacy.
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.

*Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagogista*

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via ____ n° ____, CAP ____ Città ____ Provincia ____
P.IVA: ____ C.F. ____
email: ____ pec: ____ Tel. + 39 ____

[inserire logo]

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**.
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. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. 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.
11. 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

*Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagogista*

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via ____ n° ____, CAP ____ Città ____ Provincia ____
P.IVA: ____ C.F. ____
email: ____ pec: ____ Tel. + 39 ____

[inserire logo]

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 _____

*Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagogista*

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via _____ n° _____, CAP _____ Città _____ Provincia _____

P.IVA: _____ C.F. _____

email: _____ pec: _____ Tel. + 39 _____

Pag. 5 a 6

[inserire logo]

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

Luogo e data _____

Firme/a _____

Dott. *[nome e cognome]* *[timbro]*

Educatore Professionale Socio-pedagogico
Pedagogista

Professionista disciplinato ai sensi della legge 4/2013

Sede legale: via _____ n° _____, CAP _____ Città _____ Provincia _____

P.IVA: _____ C.F. _____

email: _____ pec: _____ Tel. + 39 _____

Pag. 6 a 6