

Il presente modulo è una traccia che deve essere personalizzata.

Per necessità specifiche, non evidenziate, il professionista può avvalersi del servizio di consulenza convenzionato.

COME COMPILARE IL MODELLO

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA/TRATTAMENTO

Professionista disciplinato ai sensi della Legge 14.01.2013 n.4

Il/la sottoscritto/a **NOME, COGNOME OPERATORE Operatore Olistico** iscritto/a nei registri n. codice **OL001-P** con il seguente livello: Base, Professional, Trainer, Supervisor, con studio in _____ prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./ Sig.ra _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____ Prov. _____, Via _____ n. _____ gli/le fornisce le seguenti informazioni:

L' **Operatore Olistico** è un professionista che si occupa del trattamento e dell'educazione volti a favorire l'adozione di uno stile di vita in linea con le naturali risorse dell'individuo. La prestazione professionale avviene a mezzo colloquio e/o trattamento manuale o vibrazionale, in collaborazione, qualora necessario, con le figure mediche o sociosanitarie. Si avvale di tecniche specifiche per coadiuvare i processi fisiologici naturali, stimolare la forza vitale, assecondare la spontanea capacità dell'organismo di autoregolarsi per raggiungere l'omeostasi. Considerati gli aspetti costituzionali e familiari dell'individuo, le influenze ambientali e sociali, il naturopata si adopera per favorire le capacità della persona di ripristinare il suo equilibrio sistemico;

- 1) la prestazione erogata non è di natura sanitaria, terapeutica e/o estetica
- 2) la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del cliente e del professionista;
- 3) il compenso sarà preventivamente comunicato al cliente
- 4) il cliente può in qualsiasi momento chiedere allo specialista l'esibizione delle proprie attestazioni
- 5) il professionista si attiene al rispetto del Codice Deontologico dell'Associazione di categoria professionale di riferimento e, in particolare, è strettamente tenuto al segreto professionale.

Dopo esauriente colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ____/____/____, si invita il cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del professionista **NOME, COGNOME OPERATORE** come sopra descritte, accettandone le precisazioni connesse parimenti sopra descritti.

Luogo _____ data ____/____/____ In Fede Firma _____

Modulistica unica per la prestazione professionale

Il/la/il sottoscritti/a/o _____, nati/a/o a _____ il _____ residenti/e a _____, in via _____ rivolgendosi al professionista **NOME, COGNOME OPERATORE** email _____ cell. _____,

*[Indr: **inserire** indirizzo, recapiti telefonici, indirizzo PEC – Posta Elettronica Ordinaria e PEC - Posta Elettronica Certificata, e ogni altra informazione utile affinché la/il cliente possa facilmente contattare la/il professionista]*

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

1. Il professionista è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico di Fedolistica;
2. la prestazione offerta riguarda _____ Consulenza/Trattamento _____
*[Indr: **specificare** l'ambito della consulenza. Ad esempio: trattamento cranio sacrale, colloquio di counseling, seduta di coach, massaggio rilassante, trattamento di riequilibrio energetico, ecc.]*
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:
_____ Ordinaria _____;
*[Indr: **specificare** se **ordinaria** - "sono da considerarsi ordinarie: definizione del bisogno, presa in carico, trattamento, ecc."; se **complessa** indicando l'articolazione delle differenti prestazioni incluse o il coinvolgimento di altri professionisti - "è da considerarsi complessa in relazione al coinvolgimento nella presa in carico di altri professionisti (psicologo, medico, psichiatra, ecc.) al fine di ..., in relazione all'utilizzo di diversi strumenti d'intervento, in relazione alle modalità multidisciplinari tipiche della struttura ...]*
4. la prestazione erogata non è di natura estetica, sanitaria e non ha fini terapeutici e/o diagnostici
5. per l'esecuzione del trattamento saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:
___Slide, Colloquio, Spiegazione, Presa in carico _Trattamento manuale Olistico ___;

[*ndr: indicare le tecniche utilizzate, ad esempio colloquio, massaggio, costellazioni familiari, ecc.*]

6. la durata globale dell'intervento è definibile in n. da 1-5 sedute/incontri/sessioni/ trattamenti ...;
[*ndr: se non è possibile definire a priori il numero di sedute o di trattamenti indicare che si concorderanno di volta in volta i tempi*]
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al/alla professionista **NOME, COGNOME OPERATORE** la volontà di interruzione;
8. la/il professionista **NOME, COGNOME OPERATORE** può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dal trattamento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso;
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 trattamento. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti. La/il professionista **NOME, COGNOME OPERATORE** è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta tramite Associazione Professionale Fedolistica vedere sito www.fedolistica.it __
[*ndr: in caso di studio associato o società, per le integrazioni specifiche relative al professionista, si rinvia al consenso informato in cui compaiono i dati di riferimento, anche in relazione al numero di polizza assicurativa*]

Sono 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 ed 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/il Operatore Olistico **NOME, COGNOME OPERATORE** 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.

Con il termine *dati personali* si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate.

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**;
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:
 - dati anagrafici di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
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 Montecitorio n. 121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.69677378 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. _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

altro specificare _____

(in caso di interdetto)

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 _____

Timbro e firma della/del Professionista _____