

# Consenso informato e privacy – Adulto

Studio The Organism – Via De Rosa 46, Pagani (SA) – Dott. Giuseppe Ferraioli

Email: dr.ferraioligiuseppe@gmail.com • Tel: 0815152334

---

## Dati del paziente

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo (via e n.): \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## Tipo di prestazione / motivazione di accesso

Selezionare le voci pertinenti (anche multiple):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione neuropsicologica                   | <input type="checkbox"/> Psicoterapia individuale                  |
| <input type="checkbox"/> Parent training / sostegno genitoriale         | <input type="checkbox"/> FSC / intervento neurosensoriale          |
| <input type="checkbox"/> Valutazione optometrica/comportamentale        | <input type="checkbox"/> Visual training                           |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione uditiva (Tomatis/MAPS/Bear)       | <input type="checkbox"/> Integrazione sensoriale / sensori-motoria |
| <input type="checkbox"/> Riflessi primitivi / INPP / movimenti ritmici  | <input type="checkbox"/> Terapia miofunzionale                     |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione multisensoriale (stanza del sale) | <input type="checkbox"/> Terapia online                            |
| <input type="checkbox"/> Follow-up / controllo                          | <input type="checkbox"/> Altro (specificare sotto)                 |

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

## Consensi essenziali

Dichiaro/dichiariamo di aver ricevuto e compreso l'informativa completa (pagine successive) e presto/prestiamo:

- |   |    |                          |    |                          |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1) Trattamento dei dati personali per finalità di cura e gestione prestazione     | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2) Trattamento di categorie particolari di dati (dati relativi alla salute)       | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3) Invio spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria (STS), salvo opposizione    | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4) Comunicazioni non essenziali / marketing (facoltativo)                         | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5) Piattaforme terze (es. Klaviyo) per comunicazioni/marketing – solo se consenti | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

## Firma

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

*Nota: Il presente foglio è parte integrante del documento completo riportato nelle pagine successive.*

# Consenso informato e privacy – Adulto

Compila il consenso informato alla prestazione psicologica e per il trattamento dei dati personali (GDPR).

~~\* Indica una domanda obbligatoria~~

---

1. Email \*

---

Dati anagrafici (adulto)

2. Nome e cognome \*

---

3. Luogo di nascita \*

---

4. Data di nascita \*

---

*Esempio: 7 gennaio 2019*

5. Via e numero \*

---

6. Città \*

---

7. CAP \*

Es. 80100

---

8. Codice fiscale \*

Suggerimento: copialo dalla Tessera Sanitaria.

---

9. Email di contatto \*

---

10. Numero di telefono \*

Usa solo numeri, +, spazi, -, ().

---

Informazioni sulla prestazione

## 11. Tipo di prestazione \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ FSC – Facilitazione Psicomotoria
- ☐ Valutazione neuropsicologica
- ☐ Psicoterapia individuale
- ☐ Parent training
- ☐ Logopedia
- ☐ Valutazione optometrica/comportamentale
- ☐ Follow-up/controllo
- ☐ Stimolazione multisensoriale
- ☐ Stimolazione multisensoriale (stanza del sale)
- ☐ Terapia online
- ☐ Terapia miofunzionale
- ☐ Costellazioni familiari
- ☐ Visita Oculistica/esame obiettivo

## 12. Frequenza/organizzazione incontri (settimanali/periodici)

---

---

---

---

---

## 13. Interruzione del rapporto \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- ☐ Sono informato/a che posso interrompere la prestazione in qualsiasi momento e che il professionista può proporre l'interruzione se non sussistono benefici (art. 27 C.D.).

#### 14. Gestione appuntamenti \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

☐ Sono informato/a sull'obbligo di comunicare con congruo anticipo eventuali impossibilità a rispettare gli appuntamenti.

#### Copertura assicurativa

Copertura assicurativa: Polizza RC professionale ALLIANZ S.p.A. n. 475840

#### Informativa GDPR (presa visione)

Dati trattati: anagrafici, contatto, pagamento; dati relativi allo stato di salute (artt. 9–10 GDPR; art. 2-septies D.Lgs. 101/2018). Base giuridica: consenso informato; modalità: misure di sicurezza adeguate; conservazione: 10 anni anagrafici/contabili; sanitari almeno 5 anni; comunicazioni: solo ove previsto o con consenso; STS: salvo opposizione; diritti artt. 15–22 GDPR.

#### 15. Presa visione informativa GDPR \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

☐ Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

#### Consensi privacy

#### 16. Consenso al trattamento dei dati personali \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

☐ Fornisce il consenso

#### 17. Consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

☐ Fornisce il consenso

## 18. Sistema Tessera Sanitaria (STS) – invio spesa sanitaria \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Non fornisce il consenso
- ☐ Fornisce il consenso

## 19. Comunicazioni informative/marketing (eventi, materiali divulgativi) \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Non fornisce il consenso
- ☐ Fornisce il consenso

## 20. Audio/Video a scopo terapeutico e/o didattico \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- ☐ Non fornisce il consenso
- ☐ Fornisce il consenso

### Preferenze canali marketing

## 21. Canali autorizzati \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- ☐ Email
- ☐ Telefono
- ☐ WhatsApp
- ☐ SMS
- ☐ Newsletter

## 22. Note/preferenze (fasce orarie, frequenza comunicazioni)

---

---

---

---

---

## Riepilogo e conferma

## 23. Conferma riletture \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

☐ Confermo di aver rivisto e verificato la correttezza delle informazioni inserite.

## Dichiarazioni finali

## 24. Data \*

---

*Esempio: 7 gennaio 2019*

## 25. Luogo \*

---

---

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli