

## Allegato 2



REGIONE  
LAZIO



All'Ordine degli Psicologi del Lazio

# Bonus Psiconcologia - Conferma svolgimento incontro

Compilare in STAMPATELLO

Io sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

- ☐ beneficiario dell'iniziativa (malato oncologico)
- ☐ persona delegata (es. richiedente, genitore, tutore)
- ☐ effettivo fruitore della prestazione (familiare o congiunto)

## CONFERMO

lo svolgimento dell'incontro di seguito specificato.

VOUCHER ID: # \_\_\_\_\_

Data incontro \_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ Dalle ore \_\_ : \_\_ alle ore \_\_ : \_\_

Con il/la professionista (*nome e cognome*): \_\_\_\_\_

Ho letto l'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile alla pagina

<https://psiconcologia.lazio.it/doc/informativa.pdf> ed esprimo il consenso al trattamento dei dati forniti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La conferma dello svolgimento dell'incontro deve essere fornita dal malato oncologico o dalla persona delegata o dal fruitore della prestazione attraverso l'Area Riservata del sito <https://psiconcologia.lazio.it> entro 10 giorni dalla data della seduta. Qualora tale conferma non venga fornita entro i 10 giorni, il professionista potrà caricare in Area Riservata il presente modulo, compilato e sottoscritto dall'interessato/a a incontro avvenuto, ai fini della rendicontazione del percorso.