|  |
| --- |
| **CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA E ALLA PSICOTERAPIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dati personali per l’esecuzione di prestazioni personali  Consenso e obblighi | La sottoscritta dott.ssa **Francesca Di Sipio**, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo con il n. **1445**, e abilitata all’esercizio della psicoterapia (ai sensi dell’art. 3 della l. 56/1989), prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra  **Nome e Cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  via/piazza/c.da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_  CAP\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Cellulare o Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Documento di riconoscimento (carta di identità/patente n.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E’ informato sui seguenti punti:   * la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste ai primi 4 incontri nella consulenza psicologica, tesa all’analisi della domanda, al raccoglimento delle informazioni, finalizzata al conseguimento di una valutazione psicologica tesa a stabilire il fine dell’eventuale lavoro successivo; * che la prestazione che verrà offerta in seguito e se entrambe le parti lo ritengo opportuno è una psicoterapia finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale e al lavoro più profondo su sé e sulla propria relazionalità, rivendendone e cambiandone le disposizioni e le dinamiche; * a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall’art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico della durata di 50-60 minuti per individui e 65-75 minuti per le coppie, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità della sottoscritta e l’eventuale somministrazione di test e questionari psicologici; * il trattamento potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l’interruzione della stessa; * la psicoterapia sarà di orientamento analitico transazionale; * esistono vari tipi di approccio psicoterapeutico oltre a quello utilizzato dal professionista; * i benefici e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psichico-emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi e dei propri impulsi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell’altro; * le prestazioni verranno rese lo studio del suddetto professionista, sito in Via Pietro Nenni 236-D, Località Sambuceto, San Giovanni Teatino (Ch); * in qualsiasi momento il paziente-cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si renderà disponibile sin d’ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto; * in qualunque momento lo psicoterapeuta potrà decidere di interrompere la psicoterapia per necessità e/o per impedimento personale, o per esigenze relative all’efficacia della psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare di avvalersi delle prestazioni di un altro psicoterapeuta; * lo psicoterapeuta qualora lo ritenga opportuno potrà suggerire l’intervento di un altro specialista o se lo ritiene necessario potrà consigliare l’intervento di uno specialista medico sia patologie organiche che per terapie psicofarmacologiche; * lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l’altro, impone l’obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. * la durata globale dell’intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta; * il sottoscritto e la dott.ssa Francesca Di Sipio si impegnano a non audio o video registrare gli incontri per nessuna ragione senza averne prima informato l’altra parte; * il sottoscritto si impegna a disdire gli appuntamenti entro le 48 ore lavorative prima dell’orario previsto per l’incontro in caso contrario sarà tenuto a pagare la prestazione; * il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*escluse eventuali spese aggiuntive, ed es. somministrazione di test, stesura della relazione ecc*.) oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e ai seguenti oneri 2€ di bollo per fatture che superano i 77 €. Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all’andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un’integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.   Il sig./la sig.ra  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avendo ricevuto l’informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista *n. polizza 500216023*, stipulata con Allianz SpA Milano (massimale 1.000.000€) dichiara:   * di avere adeguatamente compreso i termini dell’intervento come sopra sintetizzati e di accettare l’intervento concordato con la dott.ssa Francesca Di Sipio; * eventuali prestazioni on-line hanno finalità di supporto durante la prolungata assenza presso lo studio, ogni singola consulenza resa on-line durerà: 45 minuti mediante videochiamata (Skype, Facetime, Whatsapp ecc.) o telefono e 60 minuti mediante chat, il sottoscritto e la dott.ssa Francesca Di Sipio si impegnano a garantire che la prestazione on-line sia tenuta in uno spazio adeguatamente protetto (stanza chiusa in cui nessuno possa entrare e cuffie), per tutto il resto (onorario, frequenza, finalità dell’intervento e modalità di disdetta dell’incontro) vale quanto già indicato per le consulenze dal vivo; * le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria dell’Agenzia delle Entrate ai fini dell’elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato del cliente. La persona assistita ha il diritto di opporsi a tale invio. L’opposizione all’invio dei dati deve essere esercitata prima dell’emissione della fattura, tramite esplicita richiesta, in modo che possa essere annotata in fattura. L’eventuale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, ma comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione dei redditi precompilata; * di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l’effettiva durata dello stesso.   San Giovanni Teatino Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La dott.ssa Francesca Di Sipio sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.  Firma del Dott./Dott.ssa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |