

CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO

Il sottoscritto dott. Antonio Zaccone, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Calabria in data 28/11/2014 con n°. 1569, con copertura assicurativa CAMPI, polizza n° 78985735, prima di rendere prestazioni professionali in favore del/la sig./ra

UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

Sig.....
nat... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

MINORENNI

Minorenne
nat... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

PERSONE SOTTO TUTELA

Sig.....
nat... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso della persona assistita. Il detto Codice è reperibile in forma cartacea presso la sede dell'Ordine ovvero online al sito www.psicologicalabria.it ;
- le prestazioni saranno rese presso il proprio studio privato sito in via Ottorino de Fiore, 65 88025 Maida (CZ);
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme alla persona assistita, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e la persona assistita, il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- la durata complessiva delle prestazioni non potendo essere definita a priori, sarà commisurata alle esigenze del trattamento;
- gli incontri avranno durata di 1 h (una ora) e la loro frequenza sarà _____ ;
- la consulenza psicologica e/o sostegno psicologico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente la persona assistita e valutare se proporre una nuovo contratto di consulenza psicologica e/o sostegno psicologico oppure di proporre l'interruzione della stessa);
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica e/o sostegno psicologico sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;

- la persona assistita potrà interrompere il rapporto col professionista in qualsiasi momento, gli comunicherà tale volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per la persona assistita. Potrà anche consigliare alla persona assistita di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta;
- ai sensi dell'art. 9, comma 6, della Legge n. 27/2012, come modificato dal comma 150 della Legge n. 124/2017, il compenso pattuito per ogni incontro è di Euro.....
 - comprensivo di oneri previdenziali;
 - al compenso, oltre IVA quando dovuta, devono aggiungersi Euro..... per(oneri previdenziali; somministrazione di test; redazione e rilascio di una relazione finale);
- In caso di assenza non comunicata entro le 48 ore precedenti alla data dell'incontro, da parte della persona assistita, questa verserà una quota pari al 50% della parcella indicata in occasione del nuovo appuntamento indicato dal professionista. Nel caso anche questo secondo appuntamento non fosse rispettato, il professionista invierà all'indirizzo di domicilio fattura comprensiva dell'interrezza delle due parcelle e considererà sciolto ogni impegno verso la persona assistita;
- la misura del compenso potrà essere variata non prima che siano decorsi due anni dall'inizio del trattamento;
- 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;
- lo psicologo si riserva di poter acquisire e conservare, a suo uso esclusivo dietro consenso esplicito della persona assistita, espresso tramite la sottoscrizione del presente punto, mediante audio registrazione i contenuti dei colloqui, al solo fine di evitare la perdita di informazioni cliniche potenzialmente rilevanti. Lo psicologo si impegna altresì a custodire per la intera durata della presa in carico o comunque per un periodo di tempo non superiore ad anni 5 (cinque) i contenuti acquisiti.

Per accettazione _____

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ___/___/___, si invita la persona assistita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ... come sopra descritte.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di
avvalersi delle prestazioni professionali del... dott.
..... come sopra descritte.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di
avvalersi delle prestazioni professionali del... dott.
..... come sopra descritte.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del... Sig.in ragione di (indicare
provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di
avvalersi delle prestazioni professionali del... dott..... come sopra
descritte.
Luogo e data Firma del tutore