

CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA/PsicOTERAPIA

Il/la sottoscritto/a o i/le sottoscritti/e _____

(per il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il _____,

di cui dichiara/no di esercitare le potestà genitoriali: congiuntamente quale genitore unico)

DICHIARA/NO CHE

il dott. Federico Ferrari iscritto n.03/9359 all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, 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 del cliente;
- le prestazioni saranno rese presso il suo studio privato sito in via Ugucione da Pisa, 6 a Milano oppure da remoto tramite una piattaforma di videoconferenza (Skype, Zoom, etc);
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al/i cliente/i (o al/la figlio/a), la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e il/i cliente/i, il colloquio clinico e, laddove utile o necessario, alcuni strumenti standardizzati (Test);
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;
- la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del/i cliente/i e del professionista;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo contratto di consulenza psicologica oppure di proporre l'interruzione della stessa);
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- il cliente potrà interrompere il rapporto col professionista in qualsiasi momento, gli comunicherà tale volontà di interruzione rendendosi (o rendendo il/la figlio/a) 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 il cliente. Potrà anche consigliare al paziente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;

• il compenso si attiene al seguente tariffario:

Prestazione:	Colloquio individuale	Colloquio di coppia	Co-terapia familiare	Terapia di gruppo
Tariffa intera	75 €	120 €	150 €	30 €
+2% contributo previdenziale ENPAP; + 2 € di bollo se dovuto				

- eventuali assenze e/o impossibilità a presentarsi agli appuntamenti dovranno essere comunicate con un anticipo di almeno 24h, diversamente la seduta dovrà essere pagata come se avesse avuto luogo. Di contro, in caso di mancata osservanza del termine per la disdetta dell'appuntamento da parte del professionista, questi non potrà pretendere il relativo costo.

Dopo colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, dichiara/no inoltre di aver letto con attenzione e compreso il contenuto del presente modulo, e di decidere con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del dott. Ferrari come sopra descritte, accettandone le implicazioni sopra descritte.

Li _____, ____/____/____

Firma dei Pazienti _____

o dei Genitori (se minorenni) _____

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Al fine dello svolgimento dell'incarico professionale affidato al dott. Federico Ferrari sarà necessario operare il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che verranno raccolti secondo modalità manuali e/o informatiche e, in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza.

Le eventuali audio/video registrazioni delle sedute saranno personalmente impiegate dal dott. Federico Ferrari per gli scopi professionali concernenti la prestazione resa, saranno inoltre impiegate a scopi scientifici e di ricerca.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale.

I dati saranno trattati nel rispetto dei principi della correttezza, liceità e trasparenza dettati dal D.Lgs. 196/2003.

I dati potrebbero essere resi accessibili alle Autorità, nonché a esperti fiscalisti solo sulla base di precisi doveri di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire soltanto previo suo esplicito consenso.

Il titolare del trattamento è il dott. Federico Ferrari, con studio a Milano, via Uguccone da Pisa, 6. In ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003 che, di seguito, riportiamo per esteso:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il/la sottoscritto/a, acquisite per iscritto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, conferisce al dott. Federico Ferrari il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili.

Li _____, ____/____/____

Firma dei Pazienti _____

o dei Genitori (se minorenni) _____

COMUNICAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la/i sottoscritto/a/i _____

(per il/la figlio/a _____)

PRESTA IL SUO CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE DEI DATI

relativi al trattamento psicologico (suo o del/la figlio/a) presso questo studio, e in ordine al proprio stato di salute (o del/la figlio/a) e alle notizie cliniche, alle seguenti persone (opzionale ai fini del trattamento):

il medico curante/pediatra di libera scelta/ medico specialista

Dr./ssa _____ Tel.: _____
(Cognome e nome)

Dr./ssa _____ Tel.: _____
(Cognome e nome)

i/le signori/e

Cognome, nome, ruolo (per es. nonna, insegnante, assistente sociale, etc.), tel.

Cognome, nome, ruolo, tel.

Cognome, nome, ruolo, tel.

Cognome, nome, ruolo, tel.

Lì _____, ___/___/___

Firma dei Pazienti _____

o dei Genitori (se minorenni) _____

Il/la sottoscritto/a _____ inoltre, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 d.lg. 196/03 e consapevole che il trattamento riguarderà anche dati "sensibili" di cui l'art. 20 della legge e in particolare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute,

PRESTA IL SUO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(tale consenso, per i trattamenti terapeutici che comportano una continuità di incontri, sarà considerato valido per ogni ulteriore contatto sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato)

Per fini di diagnosi e cura (necessario al trattamento): Sì No

Per fini di ricerca scientifica (opzionale ai fini del trattamento): Sì No

Lì _____, ___/___/___

Firma dei Pazienti _____

o dei Genitori (se minorenni) _____