

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

La sottoscritta dott.ssa Simona Caporiccio, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20924, (Corso Vittorio Emanuele, 94, Salerno – Via Raf Vallone, 44, Sperlonga; cell. 3286792897; simona.caporiccio@psypec.it; p. Iva 03036540593 – C.F. CPRSMN84E56D708M)

- Abilitata/o all'esercizio della psicoterapia ai sensi dell'art.3 della Legge n°56/1989, dal 21/01/2019

prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

Sig.....
nat... a il ___/___/___ e residente a in via/piazza
.....n..... cell.

fornisce le seguenti informazioni:

- ✓ Saranno rese prestazioni di psicoterapia individuale presso lo studio sito in Corso Vittorio Emanuele, 94, Salerno e in Via Raf Vallone, 44, Sperlonga.
- ✓ Non è richiesta la partecipazione di altri professionisti, salvo nei casi in cui la consultazione di uno specialista diverso dallo psicoterapeuta si renda necessaria per contribuire alla diagnosi differenziale e per un trattamento psicofarmacoterapico integrato al trattamento psicoterapeutico, mantenendo un contatto ed una collaborazione attiva tra colleghi.
- ✓ Per quanto concerne la durata del trattamento psicoterapeutico, non essendo definibile a priori, si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta.
- ✓ Per il conseguimento degli obiettivi potranno essere usati i seguenti strumenti: (sedute di psicoterapia, valutazioni psicodiagnostici a cadenza regolare (test psicometrici e scale cliniche).
- ✓ Gli incontri avranno la durata di 50 minuti e la frequenza di 1 o 2 incontro/i alla settimana. L'indisponibilità della persona ad effettuare con regolarità le sedute e il grado di aderenza/compliance del paziente al percorso psicoterapeutico pregiudicherà l'esito favorevole del trattamento. Sedute a cadenza quindicinale o mensile potranno invece essere concordate nelle fasi conclusive e di follow-up del trattamento
- ✓ Il compenso pattuito per ogni incontro di psicoterapia di coppia è di Euro 70, comprensivo di oneri previdenziali, e il pagamento avverrà a fine seduta o l'ultima seduta del mese. Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.
- ✓ In caso di assenza della persona assistita ad un appuntamento concordato, il pagamento dovrà comunque essere corrisposto, salvo nei casi in cui l'assistito abbia avvertito il professionista dell'impossibilità di presentarsi alla seduta, tramite comunicazione telefonica (non sms, email), entro le ore 20 del giorno precedente.

- ✓ Una volta effettuata la cancellazione di un appuntamento da parte del paziente, si concorderà con lo psicoterapeuta una data alternativa per il medesimo. Qualora il paziente non dovesse accettare alcuna alternativa entro una data ragionevole (entro un mese, a seconda del livello di compenso clinico), il trattamento e la relativa cartella clinica si considereranno chiusi definitivamente.
- ✓ In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare al professionista la volontà di interrompere il trattamento in corso, anche con effetto immediato (di persona o via telefono, non via sms o email).
- ✓ È consigliabile che il paziente si renda disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora e ricevere suggerimenti su come proseguire un trattamento psicoterapeutico alternativo del proprio disagio emotivo e comportamentale.
- ✓ In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.
- ✓ Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.
- ✓ I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze 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.
- ✓ Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
- ✓ Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.
- ✓ Pertanto la base giuridica del trattamento dei dati personali è l'erogazione della prestazione richiesta al Titolare, ovvero il contratto e il relativo consenso per prestazioni di consulenza e/o sostegno psicologico e/o di psicoterapia.
- ✓ La sottoscritta dichiara di essere assicurato per RC professionale con polizza n. 500216747 e per Infortuni con polizza n. 501617286, stipulata presso Allianz s.p.a.

Il Professionista (firma).....

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

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dottoressa Simona Caporiccio come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma