Ordine degli Psicologi del Molise
Via Giambattista Vico, 69 H - 86100 Campobasso
Tel. 0874 67944 – Fax 0874/1892044
www.ordinepsicologimolise.it E-mail: segreteria@ordinepsicologimolise.it

CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER PRESTAZIONI PSICOTERAPEUTICHE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa_____, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Molise con il n. _____ e annotato/a nell'elenco degli psicoterapeuti, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una psicoterapia finalizzata a _____ (aggiungere le finalità della psicoterapia, ad es. miglioramento delle capacità relazionali, ecc.);
- la psicoterapia che sarà praticata è ad orientamento_____;
- esistono altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello sopra indicato;
- la psicoterapia potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente.

In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo percorso di terapia oppure l'interruzione della stessa;

- le prestazioni verranno rese presso _____ (es. lo studio del suddetto professionista), sito in Via _____;
- le prestazioni verranno rese on-line mediante piattaforma elettronica_____
- Le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati
- lo psicologo non è responsabile in alcun modo dell'uso fraudolento ed illecito del proprio sito o dei dati digitali riferiti alle presenti attività e dei propri servizi che possa esser fatto da parte di terzi
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la psicoterapia. In tal caso, egli si impegnaa comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tral'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 dell'intervento è di _____oppure l'intervento si articolerà in n. _____sedute a cadenza _____ oppure pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in _____;
- il compenso complessivo da corrispondere è pari ad Euro _____ oppure ilcompenso da corrispondere per ciascuna seduta è pari ad Euro _____(aggiungere anche altre eventuali spese aggiuntive, 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 _____ (es. bolli, IVA...).

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 _____nato/a a _____ il_____ e residente a _____ in Via_____ n. _____avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa_____, n. polizza _____,massimale_____), dichiara:
 di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. /la dott.ssa _____ ;
 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.

Luogo e data _____
Firma _____
Il dott./la dott.ssa _____ sottoscrive la presente anche per conferma
del preventivo indicato.
Firma del Dott. /Dott.ssa _____

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

Il/La dott./dott.ssa _____, in qualità di titolare

del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni: I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi. Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679. Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei., in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche

oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale. I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di terapia psicoterapica, finalizzata al conseguimento di un rafforzamento dell'efficienza funzionale della personalità. Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza. Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge. (Alcuni Suoi dati identificativi (nome cognome indirizzo ecc) saranno comunicate ai Servizi Sociali del Comune di _____, alla scuola_____,, all'Azienda Sanitaria, alla cooperativa _____, a fini statistici ed informativi, in quanto la mia prestazione a

Suo favore è stata commissionata da_____.

Da inserire nel caso specifico in cui il committente sia diverso dal paziente) Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione NON VERRANNO MAI comunicati e trasmessi ad alcuno. (oppure: le specifico che alcuni dati, informazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione – in caso dire quali e quali no – potranno essere trasmessi ai Servizi Sociali del Comune di, alla scuola_____, all'Azienda Sanitaria, alla cooperativa_____, al fine di_____.)

In caso di terapia di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso delle sedute, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto. Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti la fatturazione della prestazione saranno trasmessi ad un commercialista di fiducia, tenuto anch'egli al segreto professionale. I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su

server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza
della Commissione Europea. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.
L'interessato ha diritto:
 all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
 ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato dius o comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
 a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
 proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.
L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r all'indirizzo
Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.
Luogo, Data _____
Firma interessato _____
Luogo, Data _____
Firma interessato _____