

CONTRATTO DI PRESTAZIONE D'OPERA PROFESSIONALE
CONSENSO INFORMATIVO SOSTEGNO PSICOLOGICO

Io sottoscritto/a _____

affidandomi alla dott.ssa _____ sono informato sui seguenti punti:

- che la prestazione che mi verrà offerta è un sostegno psicologico al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di ___ minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità del sottoscritto;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento potrò interrompere il percorso. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicherò allo psicologo la volontà di interruzione rendendomi disponibile ad effettuare almeno tre ultimi incontri finalizzati alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo psicologo potrà decidere di interrompere il sostegno per necessità e/o per impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia del percorso stesso, e potrà anche consigliare di avvalermi delle prestazioni di un altro professionista;
- lo psicologo qualora lo ritenga opportuno potrà suggerirmi l'intervento di un altro specialista o se lo ritiene necessario potrà consigliarmi l'intervento di uno specialista medico sia per patologie organiche che per terapie psicofarmacologiche;
- se ritenuto necessario dallo Psicologo, mi impegno a contattare un professionista psichiatra e/o Neurologo per un parallelo trattamento terapeutico. Tale aggancio professionale, se necessario, costituisce una condizione obbligatoria per il proseguimento del sostegno psicologico.
- lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice deontologico degli Psicologi italiani. Ha l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- i dati forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è il dr. _____ (se diverso dallo psicologo);
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi; Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità lavorative e/o fiscali o comunque strettamente legate alle finalità della relazione lavorativa; Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste

dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;

- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il cliente ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che gli riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Letto e compreso quanto sopra riportato,

Accetto di sottopormi alle prestazioni di sostegno psicologico che la dott.ssa _____ riterrà necessarie.

In fede

Luogo e data

Firma
