

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA, PSICOTERAPIA, COUNSELLING E ALTRE PRESTAZIONI PSICOLOGICHE PER IL MINORENNE

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ identificato mediante documento n.

_____ rilasciato da _____ il _____

TUTRICE del minore _____ nato il _____ a _____

C.F. _____ in virtù della responsabilità genitoriale, diamo il consenso che nostro figlio/figlia usufruisca delle prestazioni professionali del Dr. POVOLO RICCARDO

Sono informati sui seguenti punti:

- che le prestazioni professionali consistono prevalentemente in colloqui psicologici, finalizzati alla diagnosi, alla prevenzione e alla riabilitazione-terapia psicologica. A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art.1 della legge n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi specifici come i test psicodiagnostici;
- che la frequenza dei colloqui verrà concordata tra il professionista e l'utente e che potrebbe essere suscettibile di modifiche nel corso della prestazione;
- che il costo di ogni seduta è pattuito in euro _____;
- il Dr. RICCARDO POVOLO titolare di polizza assicurativa n° 78985735
- , stipulata con ASSICURAZIONE CAMPI a copertura di eventuali danni nell'esercizio dell'attività professionale.
- che in qualsiasi momento il trattamento potrà essere da Voi interrotto. Tuttavia, la volontà di interruzione va comunicata al professionista, rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro, con il minore, finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto professionale quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare dall'obbligo del segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso da Voi specificamente rilasciato (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- I dati personali relativi alle fatture verranno trasmessi direttamente al sistema informatizzato sanitario, come obbligo nel presente per tutti gli psicologi. Qualora non si fosse d'accordo sarà cura della persona comunicare al dott. Povoło la non trasmissione degli stessi dati al sistema informatizzato sanitario.
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è consultabile sul sito www.psy.it oppure www.psicosardegna.it.
- che la psicoterapia è ad orientamento Gestaltico con l'integrazione di ulteriori tecniche proprie della psicoterapia.
- Qualora la consulenza e/o psicoterapia avvenisse on line rispetterà sempre tutti i criteri di privacy previsti in studio. Si utilizzerà una modalità on line concordata con la persona.

Avendo letto, compreso ed accettato

In fede

Luogo e Data

TUTORE GENITORE

CAGLIARI _____
