CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO CON ADULTO

Il/a sottoscritto/a Dott./Dott.ssa , iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. , 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 colloqui di sostegno psicologico, finalizzati al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico personale.
* a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall’art. 1 della L. n. 56/1989, 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.
* La prestazione in oggetto, essendo svolta in convenzione con l’Istituto Comprensivo IC “Santa Margherita” di Messina, è da ritenersi a titolo gratuito per l’utenza.
* in caso di impossibilità a presentarsi all’appuntamento, il paziente si impegna ad avvisare il professionista con un preavviso telefonico di almeno 24 ore.
* la durata dell’intervento non è definibile a priori.
* in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a 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, tra l’altro, impone l’obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Firma psicologo

Dopo avere ricevuto l’informativa di cui sopra ed essere stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, il sig./la sig.ra \_ nato/a a il e residente a in Via dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell’intervento come sopra sintetizzati e di accettare l’intervento concordato con il/la Dott./Dott.ssa

 .

Luogo e data Firma

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dal Dott./Dott.ssa

 che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. i dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere,

l’adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;

1. ho diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno dei miei dati personali, 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;
2. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all’instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
3. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento;
4. il titolare del trattamento è il/la Dott./Dott.ssa , iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n° .

Presa visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data Firma