

CONSENSO INFORMATO PER CONSULENZA PSICOLOGICA ADULTI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
telefono _____ codice fiscale _____
rivolgendosi al Dott. ANDREA LUCA,
iscritto all'Albo degli Psicologi della Regione Siciliana numero A-8437, P.IVA 05500220875,

è informato/a sui seguenti punti:

- La prestazione verrà offerta presso l'Istituto Comprensivo Statale "G. D'Annunzio", Viale della Regione 28, Motta Sant'Anastasia;
- Lo scopo e la natura dell'intervento professionale è consulenza psicologica;
- Durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
- I colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- La durata globale dell'intervento non è definibile a priori per motivi clinici; dopo una fase di valutazione, la durata dell'eventuale presa in carico dipenderà necessariamente dall'evoluzione del processo clinico;
- La frequenza delle sedute è concordata in base al progetto di intervento psicologico, e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione professionale;
- In qualsiasi momento si può interrompere l'intervento psicologico; va comunicata la volontà di interruzione, rendendosi eventualmente disponibile ad effettuare un ultimo incontro per la sintesi del lavoro svolto.
- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; in particolare è strettamente tenuto al Segreto Professionale. Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario, o salvo ben specifiche disposizione di Legge in situazioni eccezionali.
- Ai sensi dell'art. 5 del D.L. 137 del 07/08/2012, è stipulata con la compagnia di assicurazioni Allianz S.P.A. la polizza n. 500216747 per un massimale di euro 1.500.000 a tutela di eventuali danni arrecati al cliente;.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____ avendo
ricevuto l'informativa di cui sopra dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il Dott. ANDREA LUCA.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

Il Dott. ANDREA LUCA sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma  _____