Dott. Christian Franchi - Psicologo

Iscritto all'Ordine degli Psicologi della Liguria n. 3955 - P. IVA 01823510084
Studio: Via Cesare Battisti 96

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PSICOLOGICHE - ADULTI

Ai sensi dell'art. 24 del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi italiani e della normativa vigente in materia di consenso informato.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente in _____

telefono _____ email _____

dichiara di essere stato/a informato/a in modo adeguato e comprensibile sui seguenti punti e di aver avuto la possibilità di porre domande e ricevere chiarimenti.

1. Professionista e natura della prestazione

- Le prestazioni sono erogate dal Dott. Christian Franchi, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Liguria n. 3955.
- Le prestazioni psicologiche possono riguardare consulenza psicologica, sostegno psicologico, prevenzione, valutazione, diagnosi psicologica, abilitazione-riabilitazione, orientamento e promozione del benessere psicologico.
- La prestazione psicologica non comprende prescrizioni farmacologiche né atti riservati ad altre professioni sanitarie.

2. Finalità, strumenti e modalità dell'intervento

- L'intervento è finalizzato al conseguimento, al recupero o al potenziamento del benessere psicologico, personale e relazionale, secondo obiettivi concordati tra professionista e paziente.
- Lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico. Potranno inoltre essere utilizzati, quando ritenuti utili e previamente spiegati, strumenti conoscitivi e di valutazione, questionari, test psicodiagnostici, esercizi o indicazioni operative concordate.
- Le sedute si svolgeranno prevalentemente: ( ) in studio ( ) online ( ) in modalità mista. Durata indicativa della seduta: _____ minuti. Frequenza concordata: _____.
- La durata complessiva dell'intervento non è sempre definibile a priori. Se utile, viene stimata in n. _____ sedute, con possibilità di revisione in base all'andamento del percorso.

3. Benefici, limiti e libertà di scelta

- Il percorso può favorire maggiore consapevolezza, migliore gestione delle difficoltà, riduzione del disagio e potenziamento delle risorse personali, ma non garantisce risultati certi, immediati o predeterminati.
- Il/la paziente può chiedere chiarimenti in qualsiasi momento, rifiutare specifiche attività proposte, rivolgersi ad altro professionista e interrompere il percorso in qualunque momento.

4. Compenso, pagamento e disdetta

- Il compenso della singola seduta è pari a Euro _____. Il compenso viene pattuito nella fase iniziale del rapporto professionale e non è condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento.
- Modalità di pagamento: ( ) contanti ( ) bonifico ( ) altro: _____.
- Le sedute devono essere disdette con almeno 24 ore di anticipo. In caso di mancata disdetta entro tale termine, la seduta potrà essere addebitata, salvo cause di forza maggiore.
- Eventuali prestazioni ulteriori, quali relazioni scritte, certificazioni psicologiche, somministrazione di test, colloqui con terzi o incontri di rete, saranno concordate preventivamente, anche rispetto agli eventuali costi.

5. Riservatezza e segreto professionale

- Le informazioni emerse durante il rapporto professionale sono coperte da riservatezza e segreto professionale, secondo il Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi italiani.
- Il professionista può derogare alla riservatezza solo nei casi previsti dalla normativa e dal Codice Deontologico, ad esempio in presenza di valido consenso dell'interessato, obblighi di referto o denuncia, o quando si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica della persona o di terzi, limitando in ogni caso la comunicazione allo stretto necessario.
- Comunicazioni a familiari, medici, scuole, enti o altri soggetti terzi avverranno solo previo consenso del/della paziente, salvo obblighi di legge.

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PSICOLOGICHE - ADULTI

Dott. Christian Franchi - Psicologo, Ordine Psicologi Liguria n. 3955

6. Trattamento dei dati personali

- Il/la paziente è informato/a che i dati personali, anche appartenenti a categorie particolari di dati, saranno trattati dal professionista in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR), al D. Lgs. 196/2003 come modificato e alla normativa vigente.
- Il trattamento avviene esclusivamente per finalità connesse alla prestazione professionale, alla gestione amministrativa e fiscale, agli obblighi di legge e agli obblighi deontologici.
- I dati potranno essere trattati con strumenti cartacei, informatici e telematici, mediante procedure idonee a tutelare la riservatezza e la sicurezza.
- Il titolare del trattamento è il Dott. Christian Franchi. Il/la paziente può esercitare i diritti previsti dalla normativa, tra cui accesso, rettifica, limitazione, cancellazione nei limiti di legge, opposizione e reclamo all'Autorità Garante.
- Il/la paziente dichiara di aver ricevuto o di avere a disposizione l'informativa privacy completa: ( ) sì ( ) no.

7. Comunicazioni e prestazioni a distanza

- Per la gestione degli appuntamenti potranno essere utilizzati telefono, SMS, email o applicazioni di messaggistica. Tali canali non dovrebbero essere usati per comunicazioni cliniche urgenti o contenuti sensibili, salvo specifico accordo.
- In caso di prestazioni online, il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a dei limiti tecnici della comunicazione a distanza, della necessità di utilizzare un luogo riservato e di una connessione adeguata, e di non registrare la seduta senza accordo esplicito tra le parti.

8. Dichiarazione di consenso

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver compreso la natura, le finalità, le modalità, i benefici attesi, i limiti, i costi e le regole di riservatezza della prestazione psicologica.
- Dichiara inoltre di sapere che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento e che l'eventuale interruzione del percorso non pregiudica il diritto alla riservatezza e alla corretta gestione dei dati già raccolti.
- Con la firma del presente modulo, esprime consenso libero e informato all'avvio della prestazione psicologica.

Autorizzazioni facoltative per comunicazioni organizzative

( ) Autorizzo l'uso di telefono/SMS/app di messaggistica per comunicazioni relative agli appuntamenti.

( ) Autorizzo l'uso della email per comunicazioni relative agli appuntamenti e all'invio di documenti amministrativi.

Eventuali terzi autorizzati alla comunicazione di informazioni: _____

_____

Luogo e data

_____

Firma del/della paziente

_____

Firma del professionista

_____

Nota: il presente modulo riguarda persone adulte capaci di prestare validamente il consenso. Per persone minorenni o incapaci è opportuno utilizzare un modulo specifico.