

Modulo per la prestazione professionale psicologica

I sottoscritti (c. e n. del padre).....e (c. e n. della madre)genitori del minore (c. e n. del figlio)

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *di seguito C.D.*;
2. la prestazione offerta riguarda attività di supporto psicologico e/o psicoterapia;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di psicoterapia e/o supporto psicologico;
4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989;
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico; il colloquio avverrà in presenza o potrà essere utilizzato lo strumento di Skype o della videochiamata Whatsapp con le seguenti modalità: l'ente fornirà all'utente le credenziali o il contatto del terapeuta con il quale si accorderà per organizzare il colloquio psicologico.

Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa del settore, essendosi dotato di sistemi

hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati¹.

6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa/dott. _____ la volontà di interruzione;
7. la/il dott.ssa/dott. _____ può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
8. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Ciascun terapeuta è assicurato con polizza RC professionale.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

☐ FORNIAMO IL CONSENSO

1 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI: Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato da D.Lgs. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, si informa che la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.

☐ Barrando la casella qui a fianco, dichiariamo, infine, di aver ricevuto da Telemaco di Jonas Milano apposita informativa sul trattamento dei dati personali che mi riguardano (tra cui anche quelli concernenti, ad esempio, il mio stato di salute).

Luogo e data_____

Firma del padre_____

Firma della madre_____