

**CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E SOSTEGNO PSICOLOGICO (legge n. 124/2017)**

La sottoscritta Dr. Alessia D'Alterio, Psicologo, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20103, prima di rendere prestazioni professionali in favore della Sig.ra/del Sig. .... nata/o a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a..... in via/piazza .....n..... fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese di norma presso la sede di via Tuscolana 590, Roma; in situazioni particolari (vedi ad es. lavori che coinvolgono lo stabile in cui è locato lo studio), in sede da definire, previa congrua comunicazione laddove possibile con almeno 24 ore di preavviso. Nei casi di impossibilità a recarsi presso lo studio, verrà considerata la possibilità di avvalersi del telefono o della piattaforma online Skype. La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà definita dal raggiungimento degli obiettivi concordati secondo criteri esplicitati a seguire. Le sedute avranno la durata di 50 minuti e la frequenza di ..... seduta/e a settimana a seconda delle necessità osservate del paziente, nel giorno/i ..... ora/e ..... Il compenso pattuito per ogni seduta in osservanza dell'art.23 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e del Testo Unico della Tariffa Professionale degli Psicologi, entrambi consultabili sul sito internet del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi agli indirizzi <http://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani> ed <http://www.psy.it/nomenclatore> deve essere adeguato all'importanza dell'opera, ed è stabilito in Euro ..... più 2% del contributo previdenziale ENPAP. Le fatture saranno corrisposte in forma cartacea o via email. Per comunicazioni al di fuori del setting, il paziente potrà utilizzare l'indirizzo email: [daltale@hotmail.com](mailto:daltale@hotmail.com) oppure il numero di telefono 393.5643487 nella forma di SMS; lo stesso numero potrà essere utilizzato per telefonate unicamente con carattere di urgenza, senza spese aggiuntive. Il paziente riceverà una risposta alla comunicazione inviata compatibilmente con la disponibilità dello psicologo appena possibile. In caso di assenza del paziente il compenso verrà richiesto qualora l'assenza, per congrua necessità e/o grave impedimento personale, non venga comunicata almeno 24 ore prima della seduta in questione. Laddove possibile verrà proposta una data e orario di recupero. L'interruzione estiva è fissata dalla prima all'ultima settimana di Agosto; salvo differente accordo per sedute straordinarie che avranno un costo maggiorato del 20% rispetto all'importo totale concordato. Lo stesso costo sarà applicato alle sedute straordinarie nel corso dei giorni festivi del resto dell'anno. Gli obiettivi del trattamento sono così individuati: Accoglienza ed ascolto della domanda; Indagine e orientamento sulle cause del malessere; Osservazione condivisa del problema; Sostegno psicologico. La persona assistita potrà interrompere il trattamento in qualsiasi momento. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, il paziente comunicherà nel corso delle sedute la volontà di interruzione, rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla chiusura del rapporto. In caso di assenza dello psicologo, per congrua necessità e/o grave impedimento personale, la persona assistita riceverà un preavviso, laddove possibile di almeno 24 ore e un'indicazione di una data e un orario di recupero. Lo psicologo potrà in qualsiasi momento, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento, indicando eventualmente altri psicologi delle cui prestazioni avvalersi. Lo psicologo, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare al paziente l'intervento di uno specialista medico per quanto di competenza. Lo psicologo è tenuto all'osservanza etica del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani consultabile sul sito internet del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi alla pagina <http://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani> e, in particolare, all'obbligo del segreto professionale, derogabile previo valido e dimostrabile consenso della persona assistita. I dati personali sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento. Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, si invita la persona assistita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. La Sig.ra/ Il Sig. .... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dr. Alessia D'Alterio come sopra descritte. Luogo e data Firma