

CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta dott.ssa Sabina Giuliadori, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna con il n. 8715 sez. A, 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 nella consulenza;
- 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 sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso la sede dell'IPS Olivetti-Callegari, sito in Umago 18, Ravenna (RA);
- in qualsiasi momento il cliente potrà interrompere la prestazione;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in un massimo di 5 colloqui

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa Allianz Spa, n. polizza 505610972), dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa Sabina Giuliadori
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 Agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Luogo e data _____

Firma
