

Consenso informato adulti

Il/la sottoscritto/a _____

affidandosi alla dott.ssa _____

dichiara di essere informato sui punti seguenti:

- La prestazione che verrà offerta è una **psicoterapia** finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale.
- Potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e sostegno in ambito psicologico. Lo strumento principale di intervento sarà il **colloquio clinico** con frequenza da valutare in relazione alla diagnosi e alla disponibilità del sottoscritto e i **test psicodiagnostici**.
- Il **compenso** sarà di € _____ per seduta, comprensivo del 2% del contributo integrativo relativo alla Cassa previdenziale.
- Le sedute avranno **durata di** _____.
- La **frequenza dei colloqui** sarà inizialmente _____ e nel corso dello svolgimento del percorso sarà possibile adeguarla ai cambiamenti.
- Sono consapevole che le **sedute disdette** senza preavviso di almeno 24 ore saranno comunque pagate.
- La **durata globale dell'intervento** non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta.
- In qualsiasi momento potrò chiedere l'**interruzione della terapia**. Al fine di permettere i migliori risultati comunicherò al terapeuta la volontà di interruzione, rendendomi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.
- Gli estremi della polizza assicurativa professionale della dott.ssa _____ sono i seguenti:

Polizza n. _____

Compagnia _____

Rischi assicurati: **Rc Terzi e Professionale, Spese legali**

Massimale Rc: _____

Massimale Spese legali: _____

- Il 13 settembre 2016 è stato definitivamente approvato e pubblicato nella G.U. n. 214 del 13/09/2016 il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze che individua i nuovi soggetti obbligati, a partire dal 01/01/2016, alla trasmissione delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria (STS), soggetti che si aggiungono a quelli che erano tenuti allo stesso adempimento già dal 01/01/2015.

Tale obbligo rientra nella più ampia riforma del sistema fiscale nazionale che prevede che l'Agenzia delle Entrate metta a disposizione di ciascun contribuente il modello 730 precompilato. All'interno di tale modello sono inserite, tra gli oneri detraibili, le spese sanitarie nelle quali rientrano anche quelle

psicologiche/psicoterapeutiche.

A partire dal 1° gennaio 2016, anche gli psicologi sono tenuti a inviare telematicamente al STS **tutti i dati sanitari delle ricevute emesse fino al 13/11/2016**, senza obbligo di consultare il cliente. Per i documenti fiscali emessi a partire **dal 14/11/2016**, ho il diritto di esprimere la mia eventuale volontà di opposizione all'invio telematico, comunicandolo direttamente al professionista, al momento dell'emissione della prima parcella a mio carico.

- I dati da me forniti sono trattati ai sensi della legge n. 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la mia riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi. Tutto ciò ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche e/o fiscali, o comunque strettamente legate alle finalità della relazione terapeutica. Ciò avrà luogo con modalità automatizzate, informatizzate e manuali. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno queste attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante.
- Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento psicoterapeutico e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

L'informativa sul trattamento dei dati personali completa è disponibile sul nostro sito web: www.sinergiamilano.it.

Accetto di sottopormi alle prestazioni di psicoterapia che la dott.ssa _____ riterrà necessarie nel mio caso.

Acconsento inoltre a richiedere e a comunicare informazioni relative alla mia situazione personale e al programma terapeutico in corso alle seguenti persone/enti che collaborano al programma stesso:

Nome e Cognome _____ Riferimento _____

Nome e Cognome _____ Riferimento _____

Nome e Cognome _____ Riferimento _____

Il sottoscritto dopo aver acquisito in forma scritta tutte le informazioni dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte della dott.ssa _____.

Firma