

CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO PER PRESTAZIONI DI COUNSELING PSICOLOGICO/PSICOTERAPIA ONLINE

La sottoscritta **Dott.ssa Gaia Barbato**, iscritta all'**Ordine degli Psicologi della Regione Campania con il n. 4407** e annotata nell'**elenco degli Psicoterapeuti dal 21/01/2014**, 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 in colloqui di counseling/psicoterapia online finalizzati al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
- il counseling psicologico/psicoterapia potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo percorso di terapia oppure l'interruzione della stessa;
- durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- le prestazioni verranno rese attraverso la piattaforma Skype;
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere il percorso di counseling/psicoterapia online. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- l'intervento si articolerà in **1 incontro a settimana della durata di 60 minuti circa**;
- **la durata globale dell'intervento non è definibile a priori**: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- Il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad **Euro 40**;
- il pagamento del compenso professionale avverrà mediante Bonifico Bancario oppure PostePay oppure PayPal;
- ai sensi dell'art. 5 del D.L. 137 del 07/08/2012, è stipulata con la compagnia di assicurazioni C.A.M.P.I. per un massimale di euro 1.000.000 a tutela di eventuali danni arrecati al cliente;
- 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 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 dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il la Dott.ssa Gaia Barbato
- 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

La Dott.ssa Gaia Barbato sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma

Si allega copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità (tutte le comunicazioni e i dati forniti resteranno anonimi nel rispetto della privacy come indicato nel [Codice Deontologico](#) degli Psicologi).

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

- **i dati forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03** "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche e/o fiscali o comunque strettamente legate alle finalità della relazione lavorativa;
- Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette 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 e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e 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.

Il Titolare e Responsabile del trattamento dei Suoi dati personali è la Dott.ssa Gaia Barbato, con studio in Via della Corte, 6 – 80040 Cercola (NA)

Io sottoscritto _____
preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprimo il consenso al trattamento dei miei dati sensibili per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito alla Dott.ssa Gaia Barbato

Data _____

Firma _____