



Consenso informato e pattuizione del compenso

All'atto del conferimento dell'incarico professionale

La sottoscritta **dott.ssa Pamela Dovigo**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia (n. 1185), prima di svolgere la propria opera professionale a favore di

Nome e cognome del/la cliente

informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloquio clinico e/o colloquio di sostegno psicologico e/o psicoeducazione e/o psicoterapia: in ogni caso fa fede quanto illustrato e condiviso nel corso del primo colloquio;
- 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 abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Potranno inoltre essere impiegate registrazioni audio/video previa autorizzazione del cliente;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. 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 lo studio del professionista sito in **Via Brigata Sassari nr 2 a Pordenone**;
- le sedute di consulenza/sostegno psicologico individuale hanno durata approssimativa di 50 minuti;
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. 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;

— DURATA E COMPENSO

Durata ipotizzata dell'intervento (mesi)

- il compenso da corrispondere è pari a **euro 70 a seduta**;
- il compenso è comprensivo del 2% sul totale da versare obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP, oltre alla marca da bollo pari a 2,00 € dove richiesta.

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.

— DATI DEL/LA CLIENTE

Nome e cognome

Nato/a a

il

Indirizzo (via, n°)

CAP

Comune

Provincia

Documento (tipo)

n°

Valido fino al

Rilasciato da

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email

— DICHIARAZIONE

Avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato/a posto/a a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (Allianz S.p.A. Milano · polizza n° 680842 · massimale 1.000.000 € RC per evento/periodo · 25.000 € spese legali per Caso), dichiaro:

- di aver adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa Pamela Dovigo;
- 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.

DISDETTA APPUNTAMENTI

Gli appuntamenti vanno annullati con un preavviso di almeno 24 ore. Diversamente saranno addebitati.

— AUTORIZZAZIONI

- Autorizzo la dott.ssa Pamela Dovigo a contattare le altre figure di riferimento che fosse necessario incontrare al fine della promozione del mio massimo benessere (previo consenso esplicito).
- I dati relativi alle ricevute saranno trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria ai fini della predisposizione del mod. 730/UNICO precompilato: in caso di opposizione comunicarlo in sede di colloquio, l'opposizione comparirà sulla fattura.

LUOGO E DATA (PORDENONE, ...)

FIRMA DEL/LA CLIENTE

LA DOTT.SSA PAMELA DOVIGO, PER CONFERMA DEL PREVENTIVO INDICATO