



Consenso informato e pattuizione del compenso

All'atto del conferimento dell'incarico professionale per interventi con minori

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 del/la minore:

— DATI DEL/LA MINORE

Nome e cognome

Nato/a a

il

Indirizzo (via, n°)

CAP

Comune

Provincia

Codice fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Email (di un genitore)

— INFORMATIVA AI GENITORI

- 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;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso lo studio in **via Brigata Sassari nr 2 a Pordenone**;
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili 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

- il compenso per i colloqui di consulenza/psicoterapia/sostegno psicologico è pari a **euro 70 per seduta**;
- il compenso è sempre comprensivo del 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP; non è comprensivo della 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 e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

— ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

il

Identificato/a mediante documento

n°

Rilasciato da

il

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

il

Identificato/a mediante documento

n°

Rilasciato da

il

oppure, in quanto tutori del/della minore, in ragione di (indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero):

Estremi del provvedimento

— DICHIARAZIONE

Avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti 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), dichiariamo:

- di aver adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'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 massimo benessere del/della minore.
- 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 PRIMO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ
GENITORIALE

FIRMA DEL SECONDO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ
GENITORIALE

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