COMUNE DI SAN BONIFACIO
(Provincia di Verona)

CAPOFILA ATS VEN_27

Consenso per la prestazione professionale psicologica - Adulti

La/il sottoscritta/o_____, nata/o a _____ il __/__/____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, affidandosi alla Dottoressa_____.

E' informata/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *di seguito C.D.;*

2. lo psicologo è parte integrante di una equipe multidisciplinare.

3. la prestazione offerta riguarda _____;

4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989

5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: _____;
6. la durata globale dell'intervento
   - ☐ non è definibile a priori
   - ☐ è definibile in n.____ incontri

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla psicologa la volontà di interruzione;

8. la professionista può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679) fornita dal Comune di San Bonifacio per i Servizi Sociali'.

COMUNE DI SAN BONIFACIO
(Provincia di Verona)

CAPOFILA ATS VEN_27

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

☐ per proprio conto

☐esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig._____ nata/o a _____ il_____
residente a _____ in via _____
codice fiscale_____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso alla prestazione suindicata, barrando la casella di seguito

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma

_____

Firma della Professionista

_____