

CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO E/O DI PSICOTERAPIA

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott., Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n., (inserire indirizzo, recapiti telefonici, indirizzo PEO – Posta Elettronica Ordinaria e PEC – Posta Elettronica Certificata, e ogni altra informazione utile affinché la/il cliente/paziente possa facilmente contattare la/il professionista)

- Abilitata/o all'esercizio della psicoterapia
- Non abilitata/o all'esercizio della psicoterapia

prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

Sig.....
 nat... a il ____/____/____
 e residente a
 in via/piazza n.....

MINORENNI

Minorenne
 nat... a il ____/____/____
 e residente a
 in via/piazza n.....

PERSONE SOTTO TUTELA

Sig.....
 nat... a il ____/____/____
 e residente a
 in via/piazza n.....

fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di

- consulenza
- sostegno psicologico
- psicoterapia
- altro (es. valutazione psicodiagnostica, valutazione neuropsicologica, intervento di psicologia del lavoro, dello sport, selezione del personale)

saranno rese presso (indicare il luogo nel quale prevalentemente saranno rese le prestazioni professionali).....;

La prestazione richiede/non richiede la partecipazione di altri professionisti.

La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze del trattamento stesso.

Per il conseguimento degli obiettivi potranno essere usati i seguenti strumenti: (indicare gli strumenti utilizzati, ad esempio colloquio psicologico clinico, test psicodiagnostici di vario tipo, scale di valutazione, ecc.)

Gli incontri avranno la durata di e la frequenza di.....;

Ai sensi dell'art. 9, comma 4, della Legge n. 27/2012, come modificato dal comma 150 della Legge n. 124/2017, il compenso pattuito per ogni incontro è di Euro.....

- comprensivo di oneri previdenziali;
- Euro+ Cassa Nazionale di Previdenza (ENPAP) 2% (specificare se "Operazione esente IVA ex art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. n.633/1972" oppure "oltre oneri fiscali IVA (22%) e/o R.A. (20%)")

Il pagamento avverrà..... (specificare i termini dell'accordo es. al termine di ogni prestazione, entro, al ricevimento di fatturazione mensile, per singola attività)

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 679 Legge n. 160/2019, ai fini Irpef la detrazione del 19% spetta a condizione che il pagamento sia effettuato con bonifico bancario o postale, o con altri sistemi di pagamento previsti dal decreto legislativo n. 241/1997 (carte di credito, bancomat, assegno). Ai pagamenti in contanti non si applica la detrazione fiscale (n.b.: l'art. 679 non si applica alle prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale).

Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Il preventivo di massima è formulato in relazione al compenso pattuito in misura adeguata all'importanza dell'opera; è indicato in termini generali, a seconda delle circostanze prevedibili e delle informazioni fornite e disponibili all'atto della redazione del presente atto. Il preventivo può essere suscettibile di modifiche, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere subiscano modifiche rispetto a quanto inizialmente prospettato.

In caso di assenza della persona assistita (specificare se il compenso non sarà dovuto/sarà pari al ...% dell'importo pattuito anche in funzione del preavviso concordato).

In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare al professionista la volontà di interrompere il trattamento in corso, anche con effetto immediato.

In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.

Le fatture emesse saranno trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria dell'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato del cliente. La persona assistita ha il diritto di opporsi a tale invio. L'opposizione all'invio dei dati deve essere esercitata prima dell'emissione della fattura, tramite esplicita richiesta, in modo che possa essere annotata in fattura. L'eventuale opposizione non pregiudica la detrazione della spesa, ma comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione dei redditi precompilata.

La/il sottoscritta/o dichiara di essere assicurata/o per RC professionale con polizza n. 500216023 stipulata presso 3/10/2020
(indicare compagnia di assicurazione).....

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La/il dott.ssa/dott. _____ titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto intende informare l'interessato in merito all'utilizzo dei propri dati personali:

- a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito), ecc;
- b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla salute fisica/mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.

I dati personali e sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, registrazioni audio e/o video) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

In particolare, i dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti funzionali all'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto;
- b) per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
- c) per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via

capacità relazionali; miglioramento della gestione dei propri stati emotivi e dei propri impulsi; raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell'altro;

- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere il trattamento psicoterapeutico. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, comunicherà al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo psicoterapeuta potrà interrompere il trattamento psicoterapeutico per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative all'efficacia della psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare al paziente di avvalersi delle prestazioni di un altro psicoterapeuta;
- lo psicoterapeuta qualora lo ritenga opportuno potrà suggerire al paziente l'intervento di un altro specialista o se lo ritiene necessario potrà consigliare al paziente l'intervento di uno specialista medico sia per patologie organiche che per terapie psicofarmacologiche;
- lo psicoterapeuta è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Ha l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- il compenso sarà preventivamente comunicato al paziente, sulla base delle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ____/____/____, si invita il paziente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott. _____ come sopra descritte, accettandone i rischi connessi parimenti sopra descritti.

In fede

Luogo e data

Firma

