

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Prestazione Professionale di Psicologia e Psicoterapia

DATI DEL PAZIENTE

Nome		Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale
Residenza		
Contatto telefonico		Email

dichiara di essere stato/a informato/a dalla **Dott.ssa Carlotta Pasquini**, Psicologa e Psicoterapeuta in Formazione, iscritta all'Albo degli Psicologi della Regione Lazio (n. 30578), in merito a quanto segue:

1. Oggetto e Finalita' della Prestazione

La prestazione ha finalita' di diagnosi, supporto psicologico e/o psicoterapia. L'obiettivo e' il miglioramento del benessere psicologico e il raggiungimento degli scopi concordati durante i primi incontri. Il percorso clinico prevede una fase iniziale di valutazione anamnestica e clinica.

2. Metodologia e Durata

Il trattamento si basa su un approccio professionale conforme alle linee guida cliniche. La durata delle sedute e' di circa 50-60 minuti. La durata complessiva del percorso non e' definibile a priori, ma sara' soggetta a verifiche periodiche sull'efficacia del trattamento e sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

3. Segreto Professionale e Riservatezza

La professionista e' strettamente vincolata al segreto professionale (Art. 622 c.p. e artt. 11-17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani). La riservatezza e' garantita anche in caso di supervisione clinica, svolta sempre in forma anonima. Il segreto professionale puo' essere derogato esclusivamente in presenza di un obbligo di legge o di un grave e imminente pericolo per la vita o l'integrita' fisica del paziente o di terzi.

4. Modalita' di Interruzione e Disdetta

Il/La paziente puo' interrompere il percorso in qualsiasi momento, previa comunicazione alla professionista. In caso di disdetta, si richiede un preavviso di almeno 24/48 ore; in caso contrario, la seduta potra' essere conteggiata o soggetta a penale, come concordato verbalmente al momento della presa in carico.

5. Onorario e Sistema Tessera Sanitaria (STS)

L'onorario per ogni singola seduta e' quello indicato nella mail/messaggio di conferma della prestazione sul sito (esente IVA ex art. 10 DPR 633/72). Il pagamento da' diritto a detrazione fiscale sanitaria. La professionista e' obbligata per legge a trasmettere i dati della spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria per la precompilazione fiscale, salvo esplicita opposizione da parte del paziente, da manifestarsi al momento della prestazione.

6. Consenso al Trattamento dei Dati Personali (GDPR)

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, inclusi i dati relativi alla salute (dati particolari ex art. 9 GDPR), per le finalita' cliniche sopra descritte. I dati non saranno ceduti a terzi, salvo gli obblighi di legge.

DICHIARAZIONI E CONSENSI

- ☐ **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali, inclusi i dati relativi alla salute, per le finalita' cliniche sopra descritte. Relativamente alla trasmissione dei dati al Sistema Tessera Sanitaria:
- ☐ **ACCONSENTO** alla trasmissione dei dati di spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria.
- ☐ **MI OPPONGO** alla trasmissione dei dati di spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria.

Luogo e Data	Firma del Paziente (leggibile)	Firma della Professionista