Dott.ssa *Ylenia De Carlo* – Psicologa Psicoterapeuta – Iscr. OPL n° 25514 – P.IVA 03151330804 –
+39 351 9025802 – info@yleniadecarlo.it – decarlo.ylenia@psypec.it

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PER MINORI

Il sottoscritto* sig. _____ nato a _____ il ___/___/_____ Residente in _____ doc. id. tipo e n. _____
La sottoscritta* sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/_____ Residente in _____ doc. id. tipo e n. _____

Tel _____ E-mail _____

□ *Genitori* □ *Tutori legali*
del **minore***:

_____

Nato/a a _____ il ___/___/_____ Residente in _____
CF _____ doc. id. tipo e n. _____

*Allegare fotocopia dei documenti di identità e codice fiscale.

Con riferimento alla Vostra richiesta di affidarmi l'incarico di un percorso di sostegno (o psicoterapia) in favore del minore sopracitato, sono a comunicarVi – ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1, comma 150 della legge 124/2017 – che:

- Sarà mia cura svolgere l'incarico professionale affidatomi secondo il **modello teorico Cognitivo–Comportamentale**, utilizzandone gli strumenti standard, ed integrando, laddove utile e necessario, l'approccio **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**.
- **Il compenso per la singola seduta è pari a € _____** ed è da intendersi esente da IVA e gravato da un'imposta di bollo di 2€ ex art. 10 n. 18 DPR 633/72 (in caso di fattura > 77,47€) in quanto relativo ad una prestazione sanitaria. Il compenso viene maggiorato di un 2% a titolo di contributo integrativo ENPAP.
- Il pagamento del compenso dovrà avvenire **entro e non oltre i termini stabiliti** (ALLEGATO A);
- Quanto alla durata dell'incarico, va precisato che la tipicità della prestazione professionale richiesta è tale da rendere difficilmente quantificabile, al momento del conferimento dell'incarico, la durata del trattamento stesso, che verrà pertanto con Voi valutata in itinere;
- Quanto alla periodicità delle sedute, si conviene che siano **settimanali** e della **durata di 45 minuti cad**. che potrà essere variata in relazione a diverse sopraggiunte necessità;
- Si conviene che siano utili degli incontri di consulenza e sostegno genitoriale, a cui vi rendete disponibili, per valutare l'andamento del percorso del/la minore, la cui durata e cadenza stabiliremo insieme;
- **In caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento rinvierete con un preavviso di massimo 48 ore**; in caso di mancato preavviso, salderete comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta, salvo per urgenze imprevedibili e improrogabili;
- In qualsiasi momento si può interrompere la terapia. Tuttavia **va comunicata preventivamente al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro** finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa - se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- **Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**, in particolare è strettamente tenuto al **segreto professionale** (Art. 11). Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12);
- *Il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta.*

Infine, Vi informo – ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 terzo comma del DL 1/2012 convertito nella legge 27/2012 e del successivo art. 5 del DPR 137/2012, nonché da ultimo per effetto dell'art. 1 comma 150 della legge 124/2017 – che ho sottoscritto idonea **polizza assicurativa per RC professionale n. 500216747 con Allianz SPA**.

_____, il _____

Firma del professionista

_____

Firme

_____

Dott.ssa *Ylenia De Carlo* – Psicologa Psicoterapeuta – Iscr. OPL n° 25514 – P.IVA 03151330804 –
+39 351 9025802 – info@yleniadecarlo.it – decarlo.ylenia@psypec.it

ALLEGATO A

METODI DI PAGAMENTO

Il sottoscritto sig. _____ CF _____
La sottoscritta sig.ra _____ CF _____

□ Genitori □ Tutori legali del **minore** _____ CF_____

Dichiarano che il pagamento delle sedute avverrà:

□ **Al termine di ogni singolo incontro**, al costo preventivamente concordato.

□ **Con anticipo mensile** al costo di _____ cad. moltiplicato per il numero degli incontri mensili programmati (escl. IVA, +2% ENPAP e marca da bollo del valore di euro 2). A tal proposito **mi impegno a saldare ogni fattura entro e non oltre il successivo incontro programmato, nonché primo incontro utile,** e ad avvisare preventivamente in caso di inadempimento o mancata possibilità.

Si conviene che il saldo di ogni fattura avverrà principalmente tramite:

- □ Contanti;
- □ Bonifico, Bancomat / Carta di credito o altri metodi tracciabili.

Vengo altresì informato che:

- Come da consenso informato, in caso di impossibilità a presentarmi all'appuntamento rinvierò con un preavviso di 48 ore; in caso di mancato preavviso, salderò comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta, salvo per urgenze imprevedibili e improrogabili;
- La fattura verrà inviata preventivamente in proforma e, alla ricezione del pagamento, trasmessa in formato digitale al seguente indirizzo e-mail: _____.

Per esigenze personali autorizzo, inoltre, la trasmissione della proforma e della fattura ai seguenti ulteriori indirizzi (indicare nome e cognome, e tipo di legame):

@	**Titolare**

Luogo e data

_____, li _____

Firme

_____

_____

Dott.ssa *Ylenia De Carlo* – Psicologa Psicoterapeuta – Iscr. OPL n° 25514 – P.IVA 03151330804 –
+39 351 9025802 – info@yleniadecarlo.it – decarlo.ylenia@psypec.it

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI OPPOSIZIONE ALLA TRASMISSIONE DEI DATI DELLE SPESE SANITARIE PER IL MOD.730 / UNICO PRECOMPILATO DA PARTE DEL CLIENTE

A seguito del D.Lgs 175/2014 e del DM 01/09/2016 lo Psicologo è tenuto ad inviare elettronicamente al Sistema Tessera Sanitaria (STS) i dati relativi alle spese sanitarie sostenute dai suoi clienti. Tali informazioni confluiranno nel mod. 730 precompilato. In applicazione del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 31/07/2015 e dei successivi Provvedimenti dell'Agenzia delle Entrate del 31/07/2015 e 29/07/2016, **Lei può esercitare la propria opposizione all'invio dei dati prima dell'emissione della fattura**, tramite esplicita richiesta verbale, che verrà annotata sulla fattura stessa. Nel caso in cui il cliente non si opponga a suddetta trasmissione dei dati, il professionista provvederà a comunicare i dati della fattura al S.T.S., secondo le modalità e nei termini previsti dalla legge, e le informazioni relative alle prestazioni effettuate in suo favore confluiranno nel mod. 730 precompilato, risultando così accessibili anche da parte delle persone alle quali il soggetto è fiscalmente a carico (es. coniuge, genitori).

La informiamo che ai sensi della legge 160/2019 **la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19%, le spetta a condizione che la parcella sia pagata con versamento bancario o postale, ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabili** (D. Lgs. 241/1997).

□ MI OPPONGO □ NON MI OPPONGO

Milano, li _____,

Firma per presa visione dell'informativa _____