



NOME _____ COGNOME _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
COD.FISC. _____ CELL. _____
DOCUMENTO DI IDENTITA' * _____ NUMERO _____
MAIL _____ PEC _____

*Allegare fotocopia documento di identità e codice fiscale.

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE

Gentile Signore/Signora,

con riferimento alla Sua pregiata richiesta di affidarmi l'incarico di intraprendere con Lei un percorso di sostegno psicologico e/o psicoterapeutico, sono a comunicarLe – 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 Lei valutata in itinere;
- Quanto alla periodicità delle sedute, si conviene che siano **settimanali** e della **durata di 45 minuti cad.** Tale periodicità potrà essere variata in relazione a diverse sopraggiunte necessità.
- **In caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento rinvierà con un preavviso di massimo 48 ore**; in caso di mancato preavviso, salderà comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta, salvo per urgenze imprevedibili e improrogabili;
- In qualsiasi momento si può interrompere la terapia. Tuttavia, al fine di permettere i migliori risultati della stessa, **va comunicata 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 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- *Il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta.*

Infine, La 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.**

A disposizione per eventuali chiarimenti, La saluto cordialmente.

_____, il _____

Firma del professionista

Firma del paziente



ALLEGATO A

METODI DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____ CF _____ dichiara che
il pagamento delle sedute avverrà:

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

☐ **Con saldo totale mensile** al costo preventivamente concordato per ogni incontro, moltiplicato per il numero degli incontri mensili sostenuti e/o non disdetti secondo gli accordi (esclusa IVA e maggiorato del 2% ENPAP e marca da bollo del valore di euro 2,00). 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 rinverò 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 _____

Firma del paziente



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 _____