

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE ON-LINE

Io sottoscritto/a _____ CF _____

sono stato/a informato/a dalla dr.ssa **ARIANNA PETILLI** sui seguenti punti:

- la prestazione che mi verrà resa dalla dr.ssa ARIANNA PETILLI consiste in una consulenza psicologica finalizzata a fornire un sostegno di tipo psicologico ed emotivo, a effettuare una valutazione del problema e a cercare di individuare strategie che possano essere risolutive;
- la durata globale dell'intervento on-line è prevista in un numero di sedute in genere non superiore a tre. Questo punto sarà comunque condiviso e concordato con me, in funzione del problema che mi ha motivato alla consultazione e del mio interesse personale;
- in qualsiasi momento potrò interrompere la prestazione professionale. A mio insindacabile giudizio valuterò se rendermi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e il segreto professionale;
- le parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati di volta in volta. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, sono tenuto a darne notizia con almeno 24 ore di anticipo al recapito telefonico del professionista. In caso di mancata osservanza del termine per la disdetta dell'appuntamento sarò obbligato a corrispondere al professionista il costo dell'intera seduta prenotata;
- i dati da me forniti saranno trattati ai sensi della legge n. 675/96, secondo procedure idonee a tutelare la mia riservatezza;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche e/o fiscali. I miei dati saranno conservati entro i termini previsti per legge;

- Per quanto riguarda l'invio telematico al sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie sostenute dalle persone fisiche come previsto dal D.Lgs. n. 175/2014 e successive modifiche:

- acconsento alla trasmissione dei miei dati contenuti in fattura
- non acconsento alla trasmissione dei miei dati contenuti in fattura

Informato/a di tutto ciò, accetto di sottopormi alla prestazione concordata con la dr.ssa ARIANNA PETILLI iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 6500.

Luogo data _____

Firma _____