

**CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO  
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE  
PER INTERVENTI CON MINORI**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con il n. \_\_\_\_\_, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore \_\_\_\_\_, informa i genitori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel \_\_\_\_\_ *(aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento che lo psicologo si appresta ad compiere)* ed è finalizzata a \_\_\_\_\_ *(aggiungere le finalità dell'intervento ad es. diagnosi, valutazione psicologica, ecc.);*
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno \_\_\_\_\_ *(aggiungere l'indicazione degli strumenti che sicuramente saranno utilizzati es. colloquio clinico, test psicodiagnostici, ecc.);*
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso \_\_\_\_\_ *(es. lo studio del suddetto professionista)*, sito in Via \_\_\_\_\_
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- la durata dell'intervento è di \_\_\_\_\_ oppure l'intervento si articolerà in n. \_\_\_\_\_ sedute a cadenza \_\_\_\_\_ oppure pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in \_\_\_\_\_;
- il compenso complessivo da corrispondere è pari ad Euro \_\_\_\_\_ oppure il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro \_\_\_\_\_ *(aggiungere anche altre eventuali spese aggiuntive, es. somministrazione di test, stesura della relazione ecc.)* oltre ad un ulteriore 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e ai seguenti oneri \_\_\_\_\_ *(es. bolli, IVA...).*

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ identificato/a mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ identificato/a mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in quanto genitori del/della minore \_\_\_\_\_

*oppure*

in quanto tutori del/della minore \_\_\_\_\_ in ragione di (*indicare  
provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero*)

\_\_\_\_\_

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa \_\_\_\_\_, n. polizza \_\_\_\_\_, massimale \_\_\_\_\_), dichiariamo:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con il dott./la dott.ssa \_\_\_\_\_
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 Agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il dott./la dott.ssa \_\_\_\_\_ sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma del dott./della dott.ssa

\_\_\_\_\_