

**CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE
PER PRESTAZIONI PSICOTERAPEUTICHE**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con il n. _____ e annotato/a nell'elenco degli psicoterapeuti, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una psicoterapia finalizzata a _____ (*aggiungere le finalità della psicoterapia, ad es. miglioramento delle capacità relazionali, ecc.*);
- la psicoterapia che sarà praticata è ad orientamento _____
- esistono altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello sopra indicato;
- la psicoterapia potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo percorso di terapia oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso _____ (*es. lo studio del suddetto professionista*), sito in Via _____
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la psicoterapia. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile 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 ciascuna seduta 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 al paziente e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____ avendo
ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza
assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa _____, n.
polizza _____, massimale _____), dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'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
