

CONSENSO INFORMATO PSICOTERAPIA

Il sottoscritto

affidandosi alla dr.ssa Paola Fapranzi
è informato sui seguenti punti:

- che la prestazione che verrà offerta è una psicoterapia finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 45 minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità del sottoscritto;
- il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, mi sarà precedentemente comunicato;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento potrò interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicherò al terapeuta la volontà di interruzione rendendomi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- la psicoterapia è di orientamento interattivo costruttivista
- sul codice deontologico degli psicologi italiani
- il trattamento dei dati da me forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili.
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la mia riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche e/o fiscali o comunque strettamente legate alle finalità della

relazione terapeutica;

- Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.
- Accetto di sottopormi alle prestazioni psicoterapeutiche che la dr.ssa Paola Fapranzi riterrà necessarie nel suo caso

In fede

Trieste, _____

Firma _____