

## CONSENSO INFORMATO ADULTI

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. \_\_\_\_\_, 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 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 dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_;
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. 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.

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. /la dott.ssa \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_