

PATTO SOLIDALE

Io sottoscritt_____dott._____,
iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia con il n. _____ prima di svolgere
la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____

Io/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire rientra all'interno del progetto "Psicologia Solidale", promosso dall'Associazione Spazio Relazione;
- la prestazione che ci si appresta ad eseguire è una consulenza psicologica finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico;
- 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 il colloquio clinico, eventuali test psicodiagnostici e la registrazione audio/video.
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente la persona a valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso l'Associazione di Promozione Sociale "Spazio Relazione" in cui opera il suddetto professionista.;
- l'intervento si articolerà in un numero di sedute da definire durante il percorso stesso;
- Il/la
sig./ra _____

_____dovrà effettuare la propria donazione non oltre i 10 giorni lavorativi dall'emissione della ricevuta da parte dell'Associazione;

- Il paziente e il terapeuta sono tenuti ad avvisare con un anticipo di almeno 24 ore l'eventuale cambio o annullamento di un' appuntamento precedentemente concordato;
- in qualsiasi momento la persona che aderisce 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, il sig./la sig.ra

nato/a a _____ il _____ e residente a

in Via _____ n. _____

codice

fiscale _____

dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la/ildott./ssa.

Luogo e data _____

Firma