

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PSICOLOGICO/PSICOTERAPICO

Il/La sottoscritto/a

affidandosi alla dott.ssa **Emanuela CAROSSO**

è informato dei seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un **trattamento psicologico/psicoterapico** finalizzato al conseguimento di una valutazione e/o intervento per potenziare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno e terapia in ambito psicologico;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico, i test psicodiagnostici, le osservazioni comportamentali, eventualmente la registrazione dell'intervento;
- il compenso tiene conto del tariffario dell'Ordine degli Psicologi;
- la durata globale dell'intervento è prevedibile in un numero di sedute da definirsi;
- è informato 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 fiscali e di quelle strettamente legate alla consulenza;
- 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 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 di trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiederne 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 mi sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Tutto ciò premesso accetto di sottopormi al trattamento psicologico/psicoterapico.

In fede

Luogo e data

Firma