**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MAGGIORENNI**

Io sottoscritto dott. Prudente Paolo, iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con il n. 4060, prima di svolgere la propria opera professionale, informa il sig./la sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una consulenza psicologica a distanza, finalizzata a recuperare il benessere psicologico dell’individuo e non avrà finalità diagnostica, né psicoterapeutica*;*
* in presenza di richieste ritenute non adeguate ad essere prese in carico con consulenza psicologica a distanza, il Dr. Prudente è autorizzato a rifiutare la presa in carico e suggerirà di rivolgersi a professionisti del settore per un sostegno psicologico non virtuale;
* potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
* lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico a distanza;
* la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente l’utente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l’interruzione della stessa;
* le prestazioni verranno rese tramite la **videochiamata Skype o in alternativa WhatsApp** nell’ambito del progetto d’Istituto IPEOA Enrico Mattei denominato “Sportello di ascolto”;
* le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
* la durata globale dell’intervento di consulenza a distanza consta di 5 incontri. Qualora, alla fine dei suddetti 5 incontri si ritenga opportuna una presa in carico a distanza più continuativa, lo psicologo concorderà insieme all’utente gli obiettivi e i tempi del proseguimento del percorso di consulenza a distanza;
* in qualsiasi momento si potrà richiedere l’interruzione della consulenza psicologica a distanza. In tal caso, l’utente si impegna a comunicare al professionista tale volontà e si rende disponibile sin d’ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
* si informa inoltre l’utente che i dati immessi nel modulo di prenotazione, e quelli che eventualmente dovessero seguire in comunicazioni successive, saranno trattati dal Dr. Prudente esclusivamente per lo svolgimento dell’attività professionale connessa al Servizio di Consulenza Psicologica a distanza, in osservanza alle normative vigenti in materia di Trattamento dei dati;
* 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 dell’utente 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell’intervento come sopra sintetizzati e di accettare l’intervento concordato con il dott. Paolo Prudente.

Luogo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_