



Dottor Argo Penovi

Psicologo Psicoterapeuta

Il sottoscritto dott. Argo Penovi, Psicologo e Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 22138, prima di rendere prestazioni professionali in favore dell'assistito/a fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di consulenza/sostegno psicologico saranno rese presso uno degli studi del dottor Penovi oppure in formato di video consulenza.

La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà definita dal raggiungimento degli obiettivi concordati durante il primo colloquio conoscitivo.

Le sedute avranno la durata di 55 – 60 minuti e la frequenza sarà settimanale;

Il compenso pattuito per ogni seduta è di Euro 51,00; in caso di assenza della persona assistita, il compenso non verrà pagato nel caso in cui la persona avvertirà lo psicologo del suo impedimento entro 24 ore dall'appuntamento preventivato, altrimenti la persona sarà comunque tenuta a pagare l'importo stabilito;

In qualsiasi momento la persona assistita potrà interrompere il trattamento. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, comunicherà al professionista la volontà di interruzione, rendendosi disponibile ad effettuare n°1 altri incontri. finalizzati alla chiusura del rapporto;

In qualsiasi momento lo psicologo potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi;

Lo psicologo, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare alla persona assistita l'intervento di uno specialista psicoterapeuta, o di un medico, per quanto di competenza;

Lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e, in particolare, all'obbligo del segreto professionale, derogabile previo valido e dimostrabile consenso della persona assistita o nel caso in cui si dovesse ravvisare un pericolo per la salute o la vita della persona presa in carico o di una terza persona;

I dati personali sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento;

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, si invita la persona assistita/ il tutore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Sig. o Sig.ra

nat... a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

Le prestazioni di consulenza/sostegno psicologico saranno rese presso lo studio di

<input type="radio"/> Collecchio Sito in via San Valentino n°29	<input type="radio"/> Civita Castellana Sito in Largo Cavour n° 10	<input type="radio"/> In video consulenza
--	---	---

Il/La paziente, dopo aver acquisto in forma scritta/orale tutte le informazioni previste dall'articolo 13 del D. Lgs. 30-06-03 n. 196, esprime consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte del Dottor ARGO PENOVI.

Esprime inoltre consenso a che i miei dati personali vengano comunicati a un Dottore Commercialista per pure finalità contabili.

Do il consenso

L'assistito/a viene informata riguardo il trattamento dei suoi dati sanitari in quanto lo psicologo è obbligato ad effettuare la trasmissione telematica delle spese sanitarie dei loro assistiti al portare online "Sistema Tessera Sanitaria" gestito dal Ministero delle Finanze - Ragioneria generale dello Stato.

L'adempito trova la norma di riferimento nell'art.3 comma 3 del D. Lgs. 21 Novembre 2014, n.175 pubblicato in GU Serie Generale n. 277 del 28/11/2014.

I dati da trasferire al sistema TS riguarderanno tutti gli assistiti che non si siano opposti, mentre i dati riferiti ai cittadini che non utilizzano la precompilata dovranno essere cancellati dal sistema tessera sanitaria.

L'assistito/a ha facoltà di manifestare la sua opposizione alla trasmissione dei dati al Sistema TS.

Dichiaro di aver preso visione

Pertanto esprime la sua volontà

- Acconsentendo all'invio dei miei dati al sistema tessera sanitaria
- Opponendomi all'invio dei miei dati al sistema tessera sanitaria

L'assistito/a inoltre dichiara di aver letto e compreso Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e di

- Fornire il suo consenso al trattamento dei dati personali
- Negare il consenso al trattamento dei suoi dati personali

Luogo e data	Firma
--------------	-------