

## CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PSICOLOGICHE

Il sottoscritto Dott. Gianfranco D'Ingegno, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12590 (Vicolo della Vignetta 14, 00041 Albano Laziale (Roma) abilitato all'esercizio della psicoterapia prima di rendere prestazioni professionali rivolte al minorenni:

Nome e cognome .....

Nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

informa che:

Le prestazioni di consulenza, screening e sostegno psicologico, nonché le attività laboratoriali con finalità ludico-ricreative saranno rese presso la sede centrale dell'Istituto Comprensivo Albano e suoi plessi. La prestazione non richiede la partecipazione di altri professionisti.

Per il conseguimento degli obiettivi potranno essere usati i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico, attività ludico-espressive laboratoriali.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

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

Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.

Il sottoscritto dichiara di essere assicurato per RC professionale con polizza n.500216747 stipulata presso Allianz, S.p.A. Milano.

Si invita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

### Il Professionista

**Dott. Gianfranco D'Ingegno**



La Sig.ra .....madre del minorenn.....

.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del dott. Gianfranco D'Ingegno come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il                      Sig.                      .....padre                      del  
minorenn.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del dott. Gianfranco D'Ingegno come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre

