

Modulo di adesione a “La Stanza dei Genitori” Sostegno psicologico alle famiglie in fase di separazione

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

L'intervento in oggetto è la mediazione familiare: un percorso di colloqui di coppia condotto da uno psicologo mediatore familiare, mirato a gestire nel modo migliore la fase di separazione e prendere decisioni sulla organizzazione delle relazioni in modo da far mantenere ai figli un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori.

COSTI

- La mediazione familiare consiste in un percorso completo della durata di circa un anno - minimo 10 colloqui psicologici - che ha un costo di 400 euro. Se il cliente lo reputa opportuno, può utilizzare la modalità mensile: 80 euro/mese per due colloqui.

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DELLO PSICOLOGO

Il sottoscritto dott. _____ Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della regione _____ n. _____ prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente;
- le prestazioni saranno riferite all'area : MEDIAZIONE FAMILIARE.

- le prestazioni saranno rese presso lo studio professionale sito in: _____ (indirizzo);
- le prestazioni saranno finalizzate a:
 1. ridurre la conflittualità favorendo l'analisi ed il dialogo, le capacità comunicative ed empatiche, in modo da porre al centro dell'interesse i compiti e le responsabilità genitoriali piuttosto che il conflitto di coppia;
 2. accrescere la capacità di prendere decisioni condivise in merito alla riorganizzazione della vita familiare, della propria vita e di quella dei propri figli, ed evitare così di delegarle alle autorità (tribunale);
 3. raggiungere degli accordi duraturi e soddisfacenti per i propri bisogni e per quelli dei propri figli.
- gli strumenti principali di intervento saranno la relazione tra psicologo e cliente, ed il colloquio psicologico;
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;
- la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del cliente e del professionista;
- il sostegno genitoriale potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso oppure se proporre l'interruzione dello stesso);
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante questo trattamento psicologico sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale, specificamente riguardo all'area genitoriale;
- il cliente potrà interrompere il rapporto col professionista in qualsiasi momento, gli comunicherà tale volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere il trattamento psicologico per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia del trattamento stesso, ovvero perché non ritenga più utile il trattamento per il cliente. Potrà anche consigliare al paziente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- il trattamento economico dovuto allo psicologo è a carico dell'Associazione Handling onlus, della quale il cliente è socio e verso la quale ha contratto un impegno di sostegno economico.

Dopo ampio colloquio informativo su quanto sopra riportato, avvenuto in data ____/____/____, si invita il cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott. _____ come sopra descritte.

Specificare la modalità di pagamento: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n° 196, sono stato altresì informato dal dr./dr.ssa

_____, titolare del trattamento, che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di professionista per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale – non possono essere divulgati;
3. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
4. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
5. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del percorso psicologico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al percorso psicologico.

Dopo aver letto attentamente il presente modulo, attesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali ed alla prestazione dello psicologo.

In fede

Firma del Cliente _____

Firma dello Psicologo _____

Luogo data: _____

