CONSULTORIO
FAMILIARE
UDINESE
APS

Modulo di richiesta di associatura al Consultorio Familiare Udinese – APS

Dati del richiedente (in proprio/ genitore/rappresentante legale/altro):

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ in via/piazza _____n. ___

email _____ tel _____

CF __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

CHIEDE L'ADESIONE

☐ per proprio conto

☐ in qualità di persona che esercita la responsabilità genitoriale (se proprio figlio)

☐ in qualità di persona che esercita la rappresentanza legale

☐ altro (specificare qualifica/titolo) _____

Dati del partecipante (se diversi da richiedente):

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ in via/piazza _____n. ___

email _____ tel _____

CF __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

all'associazione Consultorio Familiare Udinese – APS in qualità di:

☐ socio ordinario ☐ socio volontario ☐ socio sostenitore

e pertanto:

- accetta lo statuto dell'associazione (liberamente consultabile sul sito web www.consultorioudinese.it);
- si impegna a versare la quota prevista di iscrizione annuale di euro 25,00 oppure allegare autocertificazione per esenzione dal pagamento della quota associativa in caso di reddito familiare inferiore a euro 9.000,00;
- acconsente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'Informativa al trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679 liberamente consultabile sul sito web www.consultorioudinese.it/privacy-policy/.

Viale XXIII Marzo 1848, 44
33100 Udine
Tel / fax 0432 509248
c.f. 94000520307
info@consultorioudinese.it
www.consultorioudinese.it

Come ha saputo del Consultorio Familiare Udinese – APS

☐ Facebook/instagram/LinkedIn ☐ Passaparola ☐ Sito Internet ☐ Medico di base ☐ Stampa

☐ Invio Azienda Sanitaria ☐ Altro _____ (indicare)

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo accetta la richiesta sopra riportata e attribuisce al richiedente la qualifica di:

☐ socio ordinario ☐ socio volontario ☐ socio sostenitore

Tessera numero: _____

Data _____ Firma _____

CONSULTORIO
FAMILIARE
UDINESE
APS

CONSENSO INFORMATO

all'atto del conferimento dell'incarico professionale per prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche con minori

Il/La sottoscritto/a _____ CF __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

nato/a a _____ il _____

☐ nella qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul/sulla minore _____
CF __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

☐ in quanto tutore del/della minore _____
CF __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione)* _____

è informato/a:

1. che la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in un percorso di consulenza psicologica e/o sostegno psicologico e/o psicoterapia finalizzato al raggiungimento di un maggior benessere psicologico personale*;*
2. che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la diagnosi, la prevenzione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
3. che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio clinico, i test psicodiagnostici e l'osservazione partecipante;
4. che la frequenza dei colloqui e delle osservazioni è stata valutata in base alla problematica psicologica ed alla disponibilità personale e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione terapeutica;
5. che la durata dell'intervento di consulenza psicologica non è superiore ai 10 colloqui;
6. che la durata globale dell'intervento di sostegno psicologico/psicoterapia non è definibile a priori, anche se sono stati concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
7. che in qualsiasi momento il paziente e/o i genitori (o chi esercita la potestà genitoriale sul paziente) potrà/potranno richiedere l'interruzione del percorso di consulenza e/o sostegno psicologico/psicoterapia intrapreso. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
8. che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun benefico dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
9. che 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 del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Viale XXIII Marzo 1848, 44
33100 Udine
Tel / fax 0432 509248
c.f. 94000520307
info@consultorioudinese.it
www.consultorioudinese.it

Inoltre, il richiedente acconsente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'Informativa al trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679 liberamente consultabile sul sito web www.consultorioudinese.it/privacy-policy/.

In caso di videoregistrazione della seduta per scopi clinici

- le videoregistrazioni prevedono il coinvolgimento del minore e di uno o entrambi i suoi genitori (o chi esercita la potestà genitoriale sul paziente) per scopi clinici di sostegno psicologico e/o psicoterapia individuale e/o di gruppo;
- nel caso di coinvolgimento di altri adulti di riferimento del minore nel percorso di sostegno psicologico e/o psicoterapia, individuale e/o di gruppo, verrà fornita loro una liberatoria ad hoc per l'adesione alla videoregistrazione del suddetto percorso, da allegare alla presente;
- il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste, strettamente inerenti alla attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia;
- i dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico e potranno essere trattati anche da terzi (es. psicologi tirocinanti, vincolati alla tutela del segreto professionale, art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani) all'interno del Consultorio Familiare Udinese – APS: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

Il/La sottoscritto/a

☐ autorizza

☐ non autorizza

il Consultorio Familiare Udinese – APS all'utilizzo e alla conservazione delle videoriprese delle sedute di sostegno psicologico e/o psicoterapia individuale e/o di gruppo per scopi clinici, secondo i termini indicati nell'informativa al trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato.

Data _____ Firma _____