**Consenso informato consulenza psicologica a distanza**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affidandosi alla dottoressa Elisabetta Pasqualetto

**dichiara di essere informato sui seguenti punti:**

1. che la prestazione offerta è una consulenza psicologica a distanza finalizzata al conseguimento di una preliminare valutazione necessaria all’ eventuale proposta di invio a strutture territoriali, o di un intervento psicologico a distanza finalizzato a recuperare e potenziare il benessere psicologico dell'individuo nonché l’equilibrio personale relazionale;

2. che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;

3. che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico a distanza;

4. che il compenso è predefinito sulla base del tariffario dell’Ordine degli Psicologi tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, comunicata anticipatamente.

5. per la durata globale dell’intervento di valutazione a distanza il terapeuta concorderà insieme al cliente gli obiettivi e tempi della consulenza psicologica;

DATA…………………………………………………..

FIRMA……………………………………………………………….