

## CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO CON MINORE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. \_\_\_\_\_, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore \_\_\_\_\_, informa i tutori legali di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui di sostegno, ed è finalizzata alla consulenza scolastica.
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloquio e test.
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa.
- le prestazioni verranno rese presso l'Istituto \_\_\_\_\_.
- la consulenza scolastica attivata con lo sportello d'ascolto è da ritenersi gratuita per l'utenza.
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.
- 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.

Firma dello psicologo \_\_\_\_\_

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra, i sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, genitore/i/affidatario/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dichiarano di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott./dott.ssa \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma primo tutore

Firma secondo tutore

Firma psicologo

**NB.** Al presente modulo vanno allegate le fotocopie dei documenti d'identità di **entrambi** i tutori, firmate