



ATTIVITÀ DI CONSULENZA PSICOLOGICA/SPORETELLO D'ASCOLTO

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

I sottoscritti (cognome e nome) _____, in
qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore (cognome e nome)
_____ alunno/a della classe _____,

DICHIARANO DI ESSERE INFORMATI:

- che la prestazione sarà svolta dalla Dott.ssa Giada Bollati, Psicologa – psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte in data 19/11/2012, n. 6692;
- che la prestazione offerta consiste in colloqui finalizzati all'ascolto, al contenimento e all'orientamento rispetto al raggiungimento di un maggior benessere emotivo;
- che 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 paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- che la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione della consulenza, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi, oppure se interromperla;
- che i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- che in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista;
- che in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per lo/a stesso/a studente/ssa. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- che la consulenza sarà effettuata in presenza.

E AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a all'eventuale utilizzo del servizio di sportello di ascolto psicologico individuale

In fede _____ Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Luogo, data _____

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto (cognome e nome): _____ dichiara, ai
fini dell'applicazione dell'art. n.317 del Codice Civile, che l'altro genitore non può firmare il consenso
in quanto assente per:

Lontananza Impedimento Altro

Firma del genitore dichiarante _____