

CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA
(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")
- Da restituire allo sportello -

Io

DATI DEL MINORE

COGNOME NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

DATI DEL PADRE

COGNOME NOME _____

DATI DELLA MADRE

COGNOME NOME _____

I sottoscritti vengono informati che:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata all'ascolto e all'orientamento volta a favorire il benessere psicologico;
- lo strumento di intervento è il colloquio psicologico;
- che verrà garantita la possibilità di avvalersi ad un massimo di tre colloqui;
- a carico del minore e dei suoi genitori non è previsto alcun compenso economico;
- che in qualsiasi momento si può interrompere l'intervento, tuttavia, al fine di permettere i migliori risultati della stessa, va comunicata allo psicologo la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa - se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;

I sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra,

☐ acconsentiamo

☐ non acconsentiamo

(indicare l'opzione scelta)

che nostro figlio effettui il percorso di consulenza psicologica che il professionista riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

(Luogo)....., (Data).....

Firma del padre..... Firma della madre.....