



Istituto Comprensivo Statale
Carolei-Dipignano "S.Valentini"
Carolei - Dipignano - Domanico

**CONSENSO INFORMATO
SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
VERSIONE PER PERSONE MINORENNI**

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di sostegno psicologico individuale nei confronti del figlio/a _____ C.F.: _____ da parte della Dott.ssa Marialuigia Calomino Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all' Albo professionale degli Psicologi della Calabria n.1733.

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
-



Istituto Comprensivo Statale
Carolei-Dipignano "S.Valentini"
Carolei - Dipignano - Domanico

2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 50 minuti, la durata globale dell'intervento è definibile in un ciclo di n. 4 colloqui e di un eventuale colloquio di follow up;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato al trattamento psicologico nei confronti di

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____
Sig./Sig.ra _____

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____
