

## Consenso informato alla prestazione sportello psicologico

I/la/il sottoscritti/a/o ,

nati/a/o a \_\_\_\_\_

il

\_\_\_\_\_ residenti/e a \_\_\_\_\_, in via

\_\_\_\_\_ affidandosi a: dott.ssa Amanda Bellocci, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 8240, esercitante la professione all'interno dell'Istituto I.T.C.S. Filippo Pacini c.so Gramsci, 43 51100 Pistoia.

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda SPORTELLI DI ASCOLTO PSICOLOGICO come da offerta formativa scolastica;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria per i seguenti motivi: gli psicologi svolgono attività di ascolto e valutazione, ma non di presa in carico terapeutica;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge 56/1989);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinicopsicologico;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un massimo di n. 5 incontri;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto;
8. durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
9. i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
10. le prestazioni verranno rese attraverso la piattaforma individuata dalla scuola.
11. i professionisti sopra indicati possono valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando si constata 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 (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
12. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza e/o di psicoterapia. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

- per proprio conto
- nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

- esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. \_\_\_\_\_

*(in caso di interdetto)*

nata/o a residente \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

- altro  
(specificare) \_\_\_\_\_

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

- FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO
- NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

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

Firme/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Timbro e firma della Professionista*

\_\_\_\_\_