

MODULISTICA UNICA PER CONSENSO INFORMATO
ALLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA

RICHIESTA SERVIZIO SPORTELLLO PSICOLOGICO

ALUNNO MAGGIORENNE

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ nato il _____
a _____ residente a _____ in via _____
classe frequentata _____

ALUNNO MINORENNE

Il/I sottoscritto/i

Nome _____ Cognome _____ nato il _____
a _____ residente a _____ in via _____

In qualità di Padre Madre Tutore

Nome _____ Cognome _____ nato il _____
a _____ residente a _____ in via _____

In qualità di Padre Madre Tutore

affidandosi alla dott.ssa Amanda Bellocchi, psicologa e psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana n. 8240, esercitante la professione all'interno dell'Istituto Tecnico Commerciale statale "Filippo Pacini", Corso Gramsci 43 – 51100 – Pistoia (PT),

viene/vengono informato/i dei seguenti punti, relativamente al **consenso informato**:

1. lo Psicologo è strettamente tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e del segreto professionale;
2. la prestazione offerta riguarda SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO, come da offerta formativa;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto 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 n.56/1989);
5. per il conseguimento dell'intervento saranno utilizzati prevalentemente colloqui clinici psicologici;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un massimo di n. 5 incontri;
7. in qualsiasi momento si potrà 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 in presenza, e se necessario attraverso la piattaforma individuata dalla scuola;

11. il professionista sopra indicato può 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 di volta in volta oppure all'inizio di ogni programma di intervento. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne pronta comunicazione all'altra parte ed 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 _____ CLASSE frequentata: _____

esercitando la rappresentanza legale su _____ nata/o a _____
il _____ residente 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 _____

Firma/e _____

Firma e timbro del professionista
