

Consenso informato Prestazione di tipo psicologico

(modello minori)

I sottoscritti

sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e
sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore),
esercanti la responsabilità genitoriale, sono stati informati dal/dalla dr./dr.ssa LATROFA ALESSANDRA,
Psicologo/a iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione PUGLIA in data _____ al n. _____, sui
seguenti punti:

- la prestazione che verrà resa dal/dalla dr./dr.ssa _____ è una prestazione di *consulenza psicologica* finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la richiesta d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- le prestazioni saranno rese presso _____, sito in _____ (indirizzo);
- ai sensi dell'art. 1 della L. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento i sottoscritti, in qualità di genitori del minore, potremo decidere di far interrompere a nostro figlio/a il percorso di consulenza psicologica. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso, comunicheremo tale volontà di interruzione allo Psicologo/a rendendoci disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- lo Psicologo/a è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a nostra disposizione per la consultazione. Esso prevede anche l'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei sottoscritti o per ordine dell'Autorità giudiziaria;
- l'intervento psicologico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informarci adeguatamente, in qualità di genitori del minore, e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto di consulenza, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi di sostegno psicologico, oppure se interromperlo;
- in qualunque momento lo Psicologo/a potrà decidere di interrompere l'intervento psicologico 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 il minore. Potrà anche consigliare i sottoscritti, in qualità di genitori del minore, di avvalerci delle prestazioni di un altro professionista/servizio;
- il trattamento dei dati da noi forniti sono trattati ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili.

In fede

_____, ___/___/____

Firma (padre del/della minore) _____

Firma (madre del/della minore) _____