**ORDINE PSICOLOGI CALABRIA**

**Consenso informato in Psicologia Scolastica**

**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 e/o laboratori all’interno del gruppo classe nei confronti del figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da parte della Dott.ssa Marialuigia Calomino Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all’ Albo professionale degli Psicologi della Calabria n. 1733.

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale;
2. la prestazione offerta riguarda: CONSULENZA- SUPPORTO PSICOLOGICO ALL’ INTERNO DEL PROGETTO SPORTELLO SCOLASTICO “SUPPORTO PSICOLOGICO”
3. La prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo, affettivo e all’ orientamento nei rapporti in genere e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza personale.
4. La prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: COLLOQUIO PSICOLOGICO E/O LABORATORI ALL’INTERNO DEL GRUPPO CLASSE.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_