

CONSENSO INFORMATO alla CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI
Sportello d'ascolto psicologico I.C. Almese a.s. 2022-23

La sottoscritta dott.ssa Brunella Ruffa, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte (in data 04/04/05 n. 4314) prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, frequentante la classe _____ fornisce le seguenti informazioni ai signori genitori del/a minore, esercenti la responsabilità genitoriale:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 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 il sostegno psicologico in ambito scolastico;
- la Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che vincola all'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale o in situazioni di rischio e incolumità per il cliente e/o la comunità;
- le prestazioni saranno rese presso l'.I.C. Almese o in forma virtuale;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico breve di risoluzione delle problematiche emerse;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico che può essere richiesto autonomamente dal ragazzo/a all'indirizzo **brunella.ruffa@comprensivoalmese.it**;
- anche i genitori possono chiedere analogo consultazione allo stesso indirizzo;
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è prevedibile in n.1/3 incontri;
- la consulenza psicologica non si configura come intervento terapeutico, bensì rappresenta una prima consulenza sulla situazione problematica che, in alcuni casi, potrebbe richiedere un intervento clinico diverso. In tal caso sarà cura della professionista informare adeguatamente i genitori del minore e fornire le informazioni necessarie ad intraprendere un percorso clinico. I benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;

I Sig.ri (nome/cognome) _____ e _____ genitori del minore _____, letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e caratteristiche della consulenza psicologica scolastica, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza, in virtù della responsabilità genitoriale, prestano il loro consenso affinché il/la figlio/a possa avvalersi delle prestazioni professionali fornite dalla Dott.ssa Brunella Ruffa, come sopra descritte, accettandone le modalità.
In fede

(luogo) _____ (data), ___/___/___

Firme di entrambi i genitori _____

Oppure

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile del genitore unico firmatario/tutore:
