

CONSENSO INFORMATO alla CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI
Spazio d'ascolto psicologico presso l'I.C. Nichelino III a.s. 2023-24

La sottoscritta Dott.ssa Ilaria Solari, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte (n. 8001 del 14/06/2016) prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà 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 per la comunità;
- le prestazioni saranno rese presso l'I.C. "Nichelino III";
- 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 elaborazione e risoluzione delle problematiche emerse;
- strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
- la durata complessiva della prestazione non può essere definita a priori, ma è prevedibile in n. 1/2 incontri;
- la consulenza psicologica non si configura come intervento terapeutico e/o di trattamento, 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 presso i Servizi Sanitari territoriali;
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psichico e relazionale;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con la professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione alla professionista rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento la Psicologa potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica 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 cliente. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ genitori del minore _____, letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e alle caratteristiche della consulenza psicologica scolastica, dichiarano di aver compreso quanto sopra riportato e, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali fornite dalla Dott.ssa Alessandra Maghini, come sopra descritte, accettandone le modalità.

In fede

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

Firma (padre del minore) _____

Firma (madre del minore) _____