

**CONSENSO INFORMATO  
AL TRATTAMENTO PER ATTIVITA' SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO  
(minore)**

**IN QUALITA' DI**

- GENITORE ..... - lo sottoscritto/a .....  
(nome e cognome)
- GENITORE ..... - lo sottoscritto/a .....  
(nome e cognome)
- Altro ..... - lo sottoscritto/a .....  
(nome e cognome)

**Del minore.....**  
(nome e cognome)

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

Di essere stato/a/i informato/a/i, prima di svolgere la propria opera professionale, in maniera chiara, completa e comprensibile dal/dalla Dott/Dott.ssa.....in qualità di PSICOLOGO di quanto segue:

- Le prestazioni che ci si appresta a eseguire rientrano nell'ambito della professione di psicologo. In particolare verranno erogati interventi di ascolto e supporto psicologico; sostegno alla relazione educativa; mediazione dei conflitti; orientamento scolastico e personale, informazione e sensibilizzazione; invio ai servizi specialistici (come previsto dall'art. 1 della L. 56/1989);
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla legge;
- Le prestazioni verranno erogate all'interno della sede scolastica dell'Istituto \_\_\_\_\_ sito in Via\_\_\_\_\_  
Di essere stato/a/i informato/a/i che l'attività di ascolto e consulenza psicologica sarà erogata su richiesta volontaria e senza obbligo di continuità e che i colloqui avranno una durata di circa 40/45 minuti;
- Di essere stato/a/i informato/a/i che i colloqui saranno fissati al bisogno sulla base delle richieste, della disponibilità dello psicologo e delle necessità soggettive del singolo studente;
- Di essere stato/a/i informato/a/i che l'intervento non ha carattere terapeutico ma è da intendersi come uno spazio di ascolto, consulenza e orientamento.

**E PERTANTO**

In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, e conscio/a/i di essere libero/a/i di interrompere il/i trattamento/i in qualsiasi momento, senza necessità di giustificare la decisione

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO</b> alla erogazione dei colloqui di ascolto psicologici          |
| <input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTI/ NON ACCONSENTIAMO</b> alla erogazione dei colloqui di ascolto psicologici |

DATA.....

FIRMA DEL GENITORE .....FIRMA DEL GENITORE.....

FIRMA DEL TUTORE .....ALTRO .....

Data ...../...../.....

Firma del professionista