

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PER ATTIVITA' SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritto/a .....

Nat..... a ..... Codice fiscale.....

Residente a ..... in via/piazza.....

### DICHIARO

Di essere stato/a informato/a, 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 informato/a 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 informato/a 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 informato/a 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 di essere libero/a di interrompere il/i trattamento/i in qualsiasi momento, senza necessità di giustificare la decisione

- ☐ **ACCONSENTO** alla erogazione dei colloqui di ascolto psicologici
- ☐ **NON ACCONSENTO** alla erogazione dei colloqui di ascolto psicologici

DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE .....

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

Firma del professionista

.....