

## Consenso Informato per accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico

**Dott.ssa Viviana Traversi**

**Iscrizione Ordine degli Psicologi della Puglia n. 4817**

### **Ai sensi dell'articolo 24 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani:**

*“Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza.*

*Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato”.*

I sottoscritti,

padre (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

madre (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

genitori dello studente

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

affidandosi alla Dott.ssa Viviana Traversi sono informati sui seguenti punti:

- 1) lo psicologo è tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- 2) la prestazione offerta riguarda le attività di consulenza e supporto psicologico;
- 3) la prestazione è finalizzata a forme di intervento di prevenzione primaria, per favorire lo sviluppo e il miglioramento della qualità di vita sia, all'interno del contesto scolastico che fuori, dell'utente che si rivolge al servizio di Sportello Psicologico ;
- 4) per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato prevalentemente come strumento il colloquio psicologico, in presenza o utilizzo di piattaforma online;
- 5) la durata globale dell'intervento è definibile nei tempi e negli obiettivi che di volta in volta verranno concordati tra professionista e utente del servizio;
- 6) in qualsiasi momento l'interessato potrà interrompere l'attività svolta comunicando alla Dott.ssa Viviana Traversi la volontà di interruzione rendendosi disponibile a effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino a quel momento;

7) la Dott.ssa Viviana Traversi può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione della fruizione del servizio quando constata che l'utente non trae alcun beneficio dal servizio che gli viene offerto e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stesso; se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

8) lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale (artt. 11 e ss. del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

9) non è previsto compenso in quanto è un servizio offerto dall'Istituto Commerciale D. Alighieri;

10) le parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati di volta in volta.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che si effettui quanto sopra dichiarato.**

*luogo e data*

**Firma del padre**

**Firma della madre**

\_\_\_\_\_  
*(leggibile)*

\_\_\_\_\_  
*(leggibile)*

Per espressa approvazione del patto di cui al numero 10):

*luogo e data*

**Firma del padre**

**Firma della madre**

\_\_\_\_\_  
*(leggibile)*

\_\_\_\_\_  
*(leggibile)*

**NOTA BENE: Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e 337 quarter del codice civile).**