

**CONSENSO INFORMATO SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO
- CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI –**

I sottoscritti, genitori del minore _____
frequentante la classe _____ della scuola sec. di primo grado "A da Giussano"

autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad utilizzare il servizio SPORTELLO DI ASCOLTO, per tramite della psicologa dott.ssa Cinzia Tagliabue e **dichiarano** di essere a conoscenza che:

- 1) ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di fornire le prestazioni di consulenza proprie del servizio Sportello di ascolto, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento utili a favorire il benessere psicologico e relazionale del minore;
- 2) l'intervento si declina in attività di accoglienza, ascolto del bisogno, consulenza psicologica, e non prevede attività di psicoterapia;
- 3) lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- 4) le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi predisporre strategie mirate a promuovere competenze utili ad affrontare le criticità emerse;
- 5) i benefici e gli effetti potenzialmente conseguibili mediante la consulenza sono la promozione delle competenze e il conseguente miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- 6) la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione della consulenza, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici presso altri professionisti, oppure se interromperla;
- 7) in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista e/o ritirare il proprio consenso all'utilizzo del servizio Sportello di ascolto da parte del figlio;
- 8) in qualunque momento lo psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza 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 minore. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

CONSENSO INFORMATO ACCESSO SPORTELLO DI ASCOLTO

I sottoscritti _____

(nome e cognome del genitore)

(nome e cognome del genitore)

letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili insuccessi della consulenza psicologica, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza ed autonomia, in virtù della potestà genitoriale:

PRESTANO il loro consenso affinché il figlio/a si possa avvalere del servizio SPORTELLO DI ASCOLTO accessibile presso l'Istituto.

NON PRESTANO il loro consenso affinché il figlio/a si possa avvalere del servizio SPORTELLO DI ASCOLTO accessibile presso l'Istituto.

Data _____

Firma per consenso _____

Nel caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.