

**CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO SCOLASTICO DI CONSULENZA PSICOLOGICA
IC LARIANO A.S. 2025-26**

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

Il sottoscritto

Nato a _____ (_____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____
CF _____

La sottoscritta

Nata a _____ (_____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____
CF _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore

Nata/o a _____ (_____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____
CF _____

che frequenta la Scuola _____ sez _____

Sono informati:

- che la prestazione offerta al minore è una consulenza psicologica volta allo sviluppo del benessere psicologico e non una psicoterapia
- che le prestazioni saranno rese in presenza presso I.C. Lariano
- che, in casi particolari, le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico a distanza (Meet, Zoom, Teams)
- che all'interno dell'attività di consulenza psicologica potranno essere usati strumenti conoscitivi per la prevenzione, la diagnosi, la ricerca-intervento ed il sostegno in ambito psicologico;
- che gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori anche se saranno concordati obiettivi, tempi e modalità;
- che in qualsiasi momento gli incontri potranno essere interrotti previa comunicazione allo psicologo rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione degli incontri quando constata che l'utente non ne trae alcun beneficio
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](http://www.ordinepsicologi.it), in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);

- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;
- che i dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Noi sottoscritti, come esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui incontri che lo psicologo/la psicologa dell'associazione PsyPlus ETS riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambe i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)

In fede

Roma li ----/----/-----

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....