

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA SPORTELLLO PSICOLOGICO scuola DON RIMOLDI

La sottoscritta, dott.ssa Visone Alessandra Psicologa iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia in data 12/04/2012 n. 03/15341, prima di rendere prestazioni professionali, in caso di richiesta in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

-ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;

-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 cliente, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;

-le prestazioni saranno rese presso l'I.C.Varese 1- scuola secondaria di primo grado "Don Rimoldi".

-le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse ,sia individuali che nel gruppo classe, promuovendo il benessere del minore stesso;

-gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e allievo, il colloquio clinico ed alcuni strumenti che possano facilitare l'emersione del bisogno;

-la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;

-la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta dei genitori, dei docenti e alla disponibilità dell'allievo, nonché in base alla disponibilità del professionista;

- 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, in collaborazione con la dirigente scolastica Dott.ssa Maria Rosa Rossi, informare adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione della consulenza psicologica, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);

-i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il **miglioramento del benessere psicologico e relazionale**;

-in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica 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 l'allievo. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto letto qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, **il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa Visone Alessandra, come sopra descritte, accettandone le condizioni espresse.**

In fede , firma entrambe i genitori