**CONSENSO INFORMATO MINORE**

**SERVIZIO DI SPORTELLO D’ASCOLTO SCOLASTICO**

***Ai sensi dell’art. 24 del* “Codice Deontologico degli Psicologi italiani”**

I sottoscritti sig. (c. e n. del padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e sig.ra (c. e n. della madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del minore ( c. e n. del figlio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’IC Marconi Michelangelo

autorizzano il proprio/a figlio/a a usufruire del servizio di “Sportello di ascolto” attivo nel suddetto Istituto

affidandosi alla dott.ssa TRABACE MARIDA Psicologa –Psicoterapeuta iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 3380 individuata dall’Istituto come professionista esperto esterno per la gestione di tale servizio.

A tal proposito sono informati:

* che la prestazione che verrà offerta al minore è un ascolto psicologico finalizzato al supporto e sostegno per potenziarne il benessere psicologico e per rispondere ai traumi e disagi derivanti dal’emergenza COVID-19;
* l’incontro potrà avvenire in modalità on line sulla piattaforma in uso dalla Scuola oppure in presenza a in funzione delle nuove disposizioni di Legge;
* i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale del minore e della famiglia;
* che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi e le attività di sostegno in ambito psicologico;
* lo psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a disposizione del paziente per la consultazione.
* lo psicologo, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente o per ordine dell’Autorità giudiziaria;
* la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del cliente e del professionista;
* in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione al professionista rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
* in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, Potrà anche consigliare al paziente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
* il servizio è gratuito /a carico dell’Istituto.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio usufruisca del servizio, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.**

Laterza, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

**Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**