**CONSENSO INFORMATO MINORE**

**SERVIZIO DI SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO**

I sottoscritti sig. (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e sig.ra (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

autorizzano il/la proprio/a figlio/a a usufruire del servizio di “Sportello di ascolto psicologico” tenuto dalla dott.ssa Sara Gorgoglione, a cui l’I.C. Marconi Michelangelo ha affidato il servizio.

A tal proposito sono informati che:

* 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

**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, mediante 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**