

## CONSENSO INFORMATO MINORE

### SERVIZIO DI SPORTELLO BES/DSA

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

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

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

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

autorizzano il proprio/a figlio/a a usufruire del servizio di "Sportello BES/DSA" tenuto dalle dott.ssa Capobianco Manuela, psicologa del Centro CAPTA, a cui l'I.C. Marconi Michelangelo ha affidato il servizio.

A tal proposito sono informati sui seguenti aspetti:

- la prestazione che verrà offerta al minore è la somministrazione di prove di indagine di primo livello dello stato degli apprendimenti scolastici
- le prove somministrate non hanno finalità diagnostiche
- l'incontro avviene in orario curriculare all'interno dell'edificio scolastico
- lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a disposizione dell'utente 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 e del professionista;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista. Comuniceranno 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 \_\_\_\_\_