

SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

CONSENSO INFORMATO MINORE

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 psicologa Sara Gorgoglione.

A tal proposito sono informati:

- che il servizio è completamente gratuito
- che la prestazione offerta è un ascolto psicologico finalizzato al supporto e sostegno per potenziare il benessere psicologico e relazionale del minore
- 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
- 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 dello Psicologo;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con lo Psicologo.

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.

In fede

Firma del padre _____

Firma della madre _____