

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ASSO (CO)
SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

DR.SSA TIZIANA FRANCESCA GOZZINI

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA

WWW.LECCOPSIKOLOGO.IT

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

- Da restituire alla scuola -

Si comunica che anche quest'anno sarà attivo il servizio di Consulenza Psicologica per gli alunni, i genitori e i docenti dell'Istituto Comprensivo Statale "G.Segantini".

- Lo sportello lavorerà in sinergia con il personale docente;
- per informazioni e appuntamenti scrivere a:
sportellopsicologicosegantini@gmail.com

Per permettere l'accesso allo sportello degli alunni della scuola secondaria di I° grado si richiede la Vostra autorizzazione, mediante la compilazione del seguente modulo di consenso debitamente compilato e firmato da entrambi i genitori o dal genitore affidario.

Il sottoscritto(cognome e nome del padre)_____ e
la sottoscritta(cognome e nome della madre)_____ genitori del
minore(cognome e nome del figlio)_____ alunno/a della
classe , **dichiariamo di essere informati:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa richiedere nel caso ne senta la necessità un colloquio. In fede

Firma del padre_____

Firma della madre_____

Luogo, data_____