CONSENSO INFORMATO

CONSULENZA PSICOLOGICA

La sottoscritta dott. ssa ,

Psicologo iscritto all’Ordine degli Psicologi della Calabria prima di rendere prestazioni professionali in favore

del Sig./Sig.ra nato/a a

il / / e residente in via , fornisce le

seguenti informazioni:

* ai sensi dell’art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell’Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi per la prevenzione e di counselling;
* lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a disposizione del paziente per la consultazione. Esso prevede anche l’obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente o per ordine dell’Autorità giudiziaria;
* le prestazioni saranno rese presso uno dei plessi dell’IC *G. Bianco* di Sersale o su stanza virtuale Meet dedicata al progetto Psicologo a scuola, accessibile con account @icsersale.edu.it.
* le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al richiedente, la domanda d’aiuto al fine di effettuare una consulenza psicologica finalizzata al raggiungimento di uno stato di benessere;
* lo strumento principale di intervento sara’ il colloquio clinico;
* la durata globale della consulenza è massimo di 60 minuti;
* la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alle richieste della comunità scolastica ed alla disponibilità del professionista;
* la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il paziente e valutare se proporre un nuovo contratto di consulenza psicologica oppure proporre l’interruzione della stessa;
* i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
* il cliente potrà interrompere il rapporto col professionista in qualsiasi momento. A tal fine gli comunicherà tale volontà di interruzione rendendosi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
* in qualunque momento la psicologa potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità o impedimento personale, ovvero per esigenza relativa all’efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il richiedente. Potrà consigliare al paziente di avvalersi della prestazione di un altro professionista;
* nessun compenso sarà richiesto, essendo la prestazione inserita nel progetto, lo psicologo a scuola, presente nel PTOF 2020-21 ;

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato avvenuto in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,

si invita il richiedente maggiorenne a leggere il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato, con piena consapevolezza decide di avvalersi delle prestazioni professionali della dott. ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come sopra descritte accettandone i rischi connessi parimenti sopra descritti.

Il presente modulo è relativo all’avviso n° 104 del 03.03.2021.

**Se interventi di classe, di gruppi**, rivolgendosi alla referente del Progetto del PTOF, Sportello psicologico, F.S. Giuseppina Borelli all’indirizzo: [giuseppina.borelli@icsersale.edu.it](mailto:giuseppina.borelli@icsersale.edu.it)

**Se interventi personalizzati** :

-Plessi scolastici di Sersale inviare la mail alla Psicologa Vincenza Pecora al seguente indirizzo:

[vincenza.pecora@icsersale.edu.it](mailto:vincenza.pecora@icsersale.edu.it)

-Plessi scolastici di Zagarise inviare la mail alla Psicologa Giuditta Rosi Lombardo al seguente indirizzo: [giuditta.lombardo@icsersale.edu.it](mailto:giuditta.lombardo@icsersale.edu.it)

I coordinatori di classe, che richiedano l’intervento in classe, dovranno farlo anche sulla posta istituzionale, su autorizzazione del Dirigente Scolastico.

In fede

Luogo, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_