

Piazza Casolini n° 115 88054 – Sersale

**** E-mail czic835001@istruzione.it  PEC czic835001@pec.istruzione.it

Tel. Uffici Amministrativi 0961/931091 Fax 0961/936942 Tel. Dirigenza 0961/936833

C.F.97036410799 C.M. CZIC835001

www.icsersale.edu.it

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGO MINORI

La Dott.ssa Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all’Albo degli Psicologi

della Regione Calabria e annotata nell’elenco degli psicoterapeuti,

selezionata per titoli con selezione pubblica dall’ Istituto IC. G. Bianco e impegnata nel Progetto *POR CALABRIA A scuola di inclusione: voci di insieme – Percorso b*,

qui di seguito indicato/a come **professionista**, prima di rendere prestazioni professionali nei confronti di:

Nome e Cognome nato/a a

il e residente a

PROV. in via c.f.

fornisce

al Sig./Sig.ra **(genitore 1 o tutore legale)**

nato/a a il e

residente a CAP PROV.

in via C.F.

al Sig./Sig.ra **(genitore 2 o tutore legale)**

nato/a a il e

residente a CAP PROV.

in via c.f.

le seguenti informazioni:

* **Il recapito mail della professionista** è il seguente:

raffaella.marchio@icsersale.edu.it

* **Il supporto** offerto viene reso presso l’istituto IC G. Bianco o su piattaforma istituzione con account @icsersale.edu.it.
* **Lo scopo del supporto** è quello di aiutare l’allievo ad acquisire una maggiore consapevolezza delle problematiche riferite e a sviluppare le proprie risorse personali, per il conseguimento di un migliore equilibrio psichico. A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico (art.1 della Legge 56/1989).
* **Lo strumento principale di intervento** è il colloquio clinico, della durata massima di 50 minuti, con frequenza da concordare con la professionista.
* **La professionista** può utilizzare strumenti conoscitivi e di approfondimento diagnostico quali test, questionari, ecc. ed è tenuta a comunicarne l’esito.
* **I benefici** e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psico- emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell’altro.
* La professionista può valutare ed eventualmente proporre **la non ripetibilità del colloquio** quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non sia ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
* In qualunque momento **la professionista potrà interrompere l’azione di supporto** per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative alla psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare ai genitori/tutori del/della paziente di avvalersi di un altro psicoterapeuta.
* Il/la professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare ai genitori/tutori del/della paziente **l’intervento di un altro specialista** o, se lo ritiene necessario, potrà consigliargli di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.
* Il/La professionista è strettamente tenuto/a ad attenersi alle norme del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** e ha l’obbligo al **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso degli interessati o per ordine dell’Autorità Giudiziaria. Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione su richiesta.
* Il/la **professionista** si impegna ad eseguire l’incarico utilizzando strumenti e tecniche validate dal punto di vista scientifico, coerenti con il modello teorico e metodologico a cui fa riferimento.
* **La prestazione** fornita dal/dalla professionista potrà prevedere le seguenti attività:

consulenza psicologica sostegno psicologico

(altro)

Ai sensi dell’art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012 e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

* **Nessun corrispettivo è dovuto** per le prestazioni ricevute all’interno del Progetto POR CALABRIA A scuola di inclusione .
* La **durata** globale del trattamento non è definibile a priori, e viene concordata periodicamente con il/la professionista sulla base delle esigenze del/della paziente, compatibilmente con la tipologia dell’intervento in corso.
* In qualunque momento i genitori/tutori del/la minore/interdetto potranno **interrompere il trattamento** psicoterapeutico sullo/a stesso/a. Al fine di permettere il miglior risultato del trattamento, avranno cura di comunicare al/alla terapeuta la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.

Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 1 o tutore)

e Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 2 o tutore)

* **I benefici** e gli effetti conseguibili mediante la psicoterapia sono i seguenti: riduzione della sofferenza psico- emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell’altro.
* La professionista può valutare ed eventualmente proporre **la non ripetibilità del colloquio** quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non sia ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
* In qualunque momento **la professionista potrà interrompere il trattamento** psicoterapeutico per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative alla psicoterapia stessa, e potrà anche consigliare ai genitori/tutori del/della paziente di avvalersi di un altro psicoterapeuta.
* Il/la professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare ai genitori/tutori del/della paziente **l’intervento di un altro specialista** o, se lo ritiene necessario, potrà consigliargli di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.
* Il/La professionista è strettamente tenuto/a ad attenersi alle norme del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** e ha l’obbligo al **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso degli interessati o per ordine dell’Autorità Giudiziaria. Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione su richiesta.
* Il/la **professionista** si impegna ad eseguire l’incarico utilizzando strumenti e tecniche validate dal punto di vista scientifico, coerenti con il modello teorico e metodologico a cui fa riferimento.
* **La prestazione** fornita dal/dalla professionista potrà prevedere le seguenti attività:

consulenza psicologica sostegno psicologico

(altro)

Ai sensi dell’art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012 e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

* **Nessun corrispettivo è dovuto** per le prestazioni ricevute all’interno del Progetto lo Psicologo a scuola.
* La **durata** globale del trattamento non è definibile a priori, e viene concordata periodicamente con il/la professionista sulla base delle esigenze del/della paziente, compatibilmente con la tipologia dell’intervento in corso.
* In qualunque momento i genitori/tutori del/la minore/interdetto potranno **interrompere il trattamento** psicoterapeutico sullo/a stesso/a. Al fine di permettere il miglior risultato del trattamento, avranno cura di comunicare al/alla terapeuta la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.

Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 1 o tutore)

e Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 2 o tutore)

letto attentamente quanto riportato nella presente informativa, dichiara/dichiarano di aver compreso quanto spiegato dal/dalla professionista e quanto sopra riportato e pertanto, con piena consapevolezza, in virtù della responsabilità genitoriale/tutoria, presta/prestano il suo/loro consenso affinché

 ,si avvalga delle prestazioni

professionali del/la Dott./Dott.ssa , come sopra descritte, accentandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

Firma (genitore 1/tutore) Firma (genitore 2/tutore)

Luogo e data: