

ALLEGATO B

CONSENSO INFORMATO PRESTAZIONE DI TIPO PSICOLOGICO

(modello minori)

I sottoscritti, sig. _____ nato a _____ il ___/___/___
(padre del minore) e sig.ra _____ nata a _____

il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la responsabilità genitoriale, prima di ottenere
l'intervento da parte della psicologa dott.ssa M. Cristina Luciano in favore del minore

_____ nato/a a _____ il ___/___/___

sono stati informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un seling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento i sottoscritti, in qualità di genitori del minore, potremo decidere di far interrompere a nostro figlio/a il rapporto con il professionista. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso, comunicheremo tale volontà di interruzione alla Psicologa rendendoci disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- la Psicologa è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a nostra disposizione per la consultazione. Esso prevede anche l'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei sottoscritti o per ordine dell'Autorità giudiziaria;
- l'intervento psicologico potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informarci adeguatamente, in qualità di genitori del minore, e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere l'intervento psicologico per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il minore. Potrà anche consigliare i sottoscritti, in qualità di genitori del minore, di avvalerci delle prestazioni di un altro professionista.

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione concordata con la dott.ssa M. Cristina Luciano iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania al N. 1145 dal 24.11.1997

Luogo, ___/___/_____

Firma (padre del/della minore)

Firma (madre del/della minore)

Cancellare i punti che non interessano o modificarli se necessario