

STUDIO DI PSICOLOGIA

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI

Il sottoscritto dott. _____ Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio in data _____ n. _____ prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

- 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 e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno rese presso _____ (studio privato, ambulatorio, ecc), sito in _____ (inserire indirizzo);
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e cliente, il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;
- la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta dei genitori e alla disponibilità del cliente, nonché in base alla richiesta e 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 i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);

- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione al professionista rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica 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 cliente. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- il compenso, sarà preventivamente comunicato agli esercenti la potestà genitoriale sul minore, sulla base delle indicazioni definite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ___/___/___ si invitano i genitori del minore-cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____
dichiarano di aver compreso quanto loro spiegato dal professionista e qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali del dott. _____, come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

In fede

Luogo e data

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)

IN BASE ALLA LEGGE DEL 01/07/2020
SUL P.O.S SARANNO DETRAIBILI SOLO
LE PRESTAZIONI TRACCIATE