

CONSENSO INFORMATO

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN	
INDIRIZZO	
C.F.	
RECAPITO TELEFONICO	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN	
INDIRIZZO	
C.F.	
RECAPITO TELEFONICO	

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento psicoeducativo nei confronti del figlio _____

C.F.: _____ da parte della Dott.ssa Sara Cassano Psicologa/Psicoterapeuta e della Dott.ssa Chiara Chiappetta Pedagogista.

1. il sostegno psicologico prestato dalla Dott.ssa Sara Cassano è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. Il supporto pedagogico è prestato dalla Dott.ssa Chiara Chiappetta, è finalizzato a valorizzare le risorse personali del soggetto;
3. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e il colloquio pedagogico, ogni lunedì dalle 14.00 alle 18.00 presso l'Istituto comprensivo di Cetraro;
4. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
5. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
6. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.
7. Il professionista pedagogico deve attenersi ai commi 594 dell'Art. 1 della Legge 205/2017 e dal comma 517 della legge 145/2018.

Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11 Lo psicologo e il pedagogista sono strettamente tenuti al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12 Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13 Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo e il pedagogista limitano allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore
Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di _____

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore
