

SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Dr. GIUSEPPE NAPOLITANO

PSICOLOGO

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

- Da restituire alla scuola -

Si comunica che quest'anno sarà attivo il servizio di Consulenza Psicologica per gli alunni, i genitori e i docenti dell'Istituto d'Istruzione Secondaria Superiore "L. Pilla" di Campobasso.

- Lo sportello lavorerà in sinergia con il personale docente;
- il servizio sarà aperto previo appuntamento;
- per informazioni e appuntamenti contattare la segreteria.

Per permettere l'accesso allo sportello degli alunni della scuola secondaria di 2° grado si richiede la Vostra autorizzazione, mediante la compilazione del seguente modulo di consenso debitamente compilato e firmato da entrambi i genitori o dal genitore affidatario.

**Il sottoscritto(cognome e nome del padre)_____e
la sottoscritta(cognome e nome della madre)_____genitori del
minore(cognome e nome del figlio)_____alunno/a
della classe , dichiariamo di essere informati:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio ;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa richiedere nel caso ne senta la necessità un colloquio. In fede

Firma del padre_____ Firma della madre_____

Luogo e data_____

(Da compilare solo se necessario) poiché non è possibile il consenso scritto di entrambi i genitori

Il/La sottoscritto/a _____,consapevole delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, **dichiara** di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

NOME/COGNOME DEL TUTORE e FIRMA

_____ Firma _____