

## CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO CON MINORE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. \_\_\_\_\_, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore \_\_\_\_\_, informa i tutori legali di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui di sostegno, ed è finalizzata alla consulenza scolastica.
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloquio e test.
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso l'Istituto Comprensivo Sauro - Giovanni XXIII di Catania.
- la durata dell'intervento è di un'ora per ogni incontro.
- La consulenza scolastica attivata con lo sportello d'ascolto è da ritenersi gratuita per l'utenza;
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Firma dello psicologo \_\_\_\_\_

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra, i sottoscritti \_\_\_\_\_ e

\_\_\_\_\_, genitore/i/affidatario/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dichiarano **di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato** con il dott./dott.ssa

\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma primo tutore

Firma secondo tutore

Firma psicologo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NB.** Al presente modulo vanno allegate le fotocopie dei documenti d'identità di **entrambi** i tutori, firmate.

## CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. \_\_\_\_\_, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra \_\_\_\_\_, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui di sostegno psicologico, finalizzati al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico personale.
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati 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 della durata di un'ora ciascuno.
- La prestazione in oggetto, essendo svolta in convenzione con l'Istituto Comprensivo Sauro-Giovanni XXIII, è da ritenersi a titolo gratuito per l'utenza.
- in caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento, il paziente si impegna ad avvisare il professionista con un preavviso telefonico di almeno 24 ore.
- la durata dell'intervento non è definibile a priori.
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Firma psicologo \_\_\_\_\_

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. i dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
5. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
6. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
7. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento;
8. il titolare del trattamento è il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n° \_\_\_\_\_.

Presa visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_