

## CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti:

### GENITORI

Sig.ra \_\_\_\_\_ (madre),

CF: \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ (padre),

CF: \_\_\_\_\_

### TUTORE LEGALE

Sig.ra/Sig \_\_\_\_\_ (tutore),

CF.: \_\_\_\_\_,

in ragione di \_\_\_\_\_ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, CF.: \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

dichiarano di essere **INFORMATI**:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata a potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, e le attività di sostegno in ambito psicologico;
- che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio
- che il numero dei colloqui non è definibile a priori
- 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;
- che i dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, sono coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che il dott. Giovanni Pennacchio condurrà preso il "Punto Ascolto" dell'I.C. Polesella (RO).**

In fede

Firma della madre

Firma del padre

Firma del tutore legale

-----

Luogo ..... data.....