

**CONSENSO INFORMATO
CONSULENZA PSICOLOGICA
PER I MINORI**

La/ll sottoscritta/o dott. _____, Psicologa/o
iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Basilicata 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 paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno rese presso _____
(studio privato, ambulatorio, istituto scolastico, etc), 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 durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è prevedibile in n. __ incontri;
- 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, determinato sulla base del tariffario dell'ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, è stato preventivamente comunicato ai genitori del minore.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data __/__/__, si invitano i genitori del minore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo:

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____
 _____ genitori del minore _____,

letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili insuccessi della consulenza psicologica, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali del dott. _____, come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

In fede

Luogo, __/__/__

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)
