

**CONSENSO INFORMATO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA  
VERSIONE PER PERSONE MINORENNI O INTERDETTE**

**Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore**

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

**Esercente responsabilità genitoriale (madre)**

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di sostegno psicologico nei confronti del figlio \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_, da parte della Dott.ssa Mariasole Giordano, iscritta all'Albo professionale degli Psicologi della Calabria con n° 1988:

1. il sostegno psicologico prestato dal Professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 60 minuti, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il Professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**;
5. il Professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dall'art. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. qualora la prestazione psicologica venga erogata a distanza sarà utilizzata la piattaforma Google Meet. Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet.
7. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata 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.

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

### **Articolo 11**

Lo psicologo è strettamente tenuto 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 limita 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 al trattamento psicologico nei confronti di \_\_\_\_\_

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

### **Firma esercenti responsabilità genitoriale**

Sig./Sig.ra

Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Firma tutore**

Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_