

Piazza Casolini n° 115 88054 – Sersale

**** E-mail [czic835001@istruzione.it](mailto:czic835001@istruzione.it)  PEC [czic835001@pec.istruzione.it](mailto:czic835001@pec.istruzione.it)

Tel. Uffici Amministrativi 0961/931091 Fax 0961/936942 Tel. Dirigenza 0961/936833

C.F.97036410799 C.M. CZIC835001

www.icsersale.edu.it

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA MINORI

La Dott.ssa Psicologa iscritta all’Albo degli Psicologi della Regione Calabria, e selezionata per titoli con selezione pubblica dall’ Istituto IC. G. Bianco e impegnata nel Progetto *Lo psicologo a scuola*, qui di seguito indicato/a come **professionista**, prima di rendere prestazioni professionali nei **confronti del minore**:

Nome e Cognome nato/a a

il e residente a

PROV. in via C.F.

Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fornisce

al Sig./Sig.ra **(genitore 1 o tutore legale)**

nato/a a il e

residente a CAP PROV.

in via C.F.

al Sig./Sig.ra **(genitore 2 o tutore legale)**

nato/a a il e

residente a CAP PROV.

in via C.F.

le seguenti informazioni:

-Plessi scolastici di Sersale inviare la mail alla **Psicologa Vincenza Pecora** al seguente indirizzo:

[vincenza.pecora@icsersale.edu.it](mailto:vincenza.pecora@icsersale.edu.it)

-Plessi scolastici di Zagarise inviare la mail alla **Psicologa Giuditta Rosi Lombardo** al seguente indirizzo: [giuditta.lombardo@icsersale.edu.it](mailto:giuditta.lombardo@icsersale.edu.it)

* **Il trattamento** offerto viene reso presso l’istituto IC G. Bianco o su piattaforma istituzionale e con account @icsersale.edu.it.
* 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 minorenne o interdetta 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.
* **Lo scopo del trattamento** è quello di aiutare l’allievo ad acquisire una maggiore consapevolezza delle problematiche riferite e a sviluppare le proprie risorse personali, per il conseguimento di un migliore equilibrio psichico.
* **Lo strumento principale di intervento** è il colloquio clinico, della durata massima di 60 minuti, con frequenza da concordare con la professionista.
* **La professionista** può utilizzare strumenti conoscitivi e di approfondimento.
* **I benefici** e gli effetti conseguibili mediante i colloqui di counselling sono i seguenti: riduzione della sofferenza psico- emotiva, promozione del benessere psicologico, raggiungimento di un miglior equilibrio psichico personale, miglioramento delle capacità relazionali, miglioramento della gestione dei propri stati emotivi, raggiungimento di una migliore comprensione di sé e dell’altro.
* La professionista può valutare ed eventualmente proporre **la non ripetibilità del colloquio** quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non sia ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
* In qualunque momento **la professionista potrà interrompere il trattamento** psicologico per necessità e/o impedimento personale.
* Il/la professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare ai genitori/tutori del/della paziente **l’intervento di un altro specialista** o, se lo ritiene necessario, potrà consigliargli di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.
* Il/La professionista è strettamente tenuto/a ad attenersi alle norme del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** e ha l’obbligo al **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso degli interessati o per ordine dell’Autorità Giudiziaria. Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione su richiesta.
* Il/la **professionista** si impegna ad eseguire l’incarico utilizzando strumenti e tecniche validate dal punto di vista scientifico, coerenti con il modello teorico e metodologico a cui fa riferimento.
* **La prestazione** fornita dal/dalla professionista potrà prevedere le seguenti attività:
* consulenza psicologica
* sostegno psicologico
* counselling
* incontri di gruppo

Ai sensi dell’art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012 e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

* **Nessun corrispettivo è dovuto** per le prestazioni ricevute all’interno del Progetto lo *Psicologo a scuola*.
* La **durata** globale del trattamento non è definibile a priori, e viene concordata periodicamente con il/la professionista sulla base delle esigenze del/della paziente, compatibilmente con la tipologia dell’intervento in corso.
* In qualunque momento i genitori/tutori del/la minore/interdetto potranno **interrompere il trattamento** psicologico sullo/a stesso/a. Al fine di permettere il miglior risultato del trattamento, avranno cura di comunicare alla psicologa la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora.

Firma

Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 1 o tutore)

e Il/la Sig./Sig.ra (Genitore 2 o tutore)

Letto attentamente quanto riportato nella presente informativa, dichiara/dichiarano di aver compreso quanto spiegato dalla professionista e quanto sopra riportato e pertanto, con piena consapevolezza, in virtù della responsabilità genitoriale/tutoria, presta/prestano il suo/loro consenso affinché il minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

si avvalga delle prestazioni professionali del/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

come sopra descritte, accentandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

Luogo e data:

Firma (genitore 1/tutore) Firma (genitore 2/tutore)