

Consenso informato in psicologia scolastica

PER PERSONE MINORENNI

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 supporto psicologico e prevenzione nei confronti del figlio

_____ C.F.: _____ da parte della dott.ssa Santa Caridi, psicologa in servizio presso il Consultorio Familiare di Palmi:

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 di gruppo entro il gruppo classe, della durata di 60 minuti per un numero di 3 incontri, con frequenza concordata con l'istituzione Scolastica;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, 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 dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di _____.

Luogo e data _____

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____