**Consenso informato sostegno psicologico**

**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 minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio della durata di 50 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, laddove lo ritenesse necessario e previa comunicazione a chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela, può avvalersi della consulenza di altri professionisti sanitari vincolati al segreto professionale. Chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela può esprimere oralmente il proprio dissenso. In tal caso, il professionista può decidere di interrompere la prestazione psicologica;
5. il professionista è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
6. il professionista si ispira ai principi sanciti dall’art. 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
7. **la prestazione psicologica verrà erogata dal Dr Tommaso Francesco Anastasio iscritto all’ordine degli psicologi della Calabria con nr 2296**
8. La durata globale della prestazione non è definibile a priori, pertanto sarà commisurata in base a obiettivi e tempi verbalmente concordati;
9. Il professionista 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.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_