

Dr./Dr.ssa .....  Psicologo/a  Psicoterapeuta  
iscritto/a all'Albo Psicologi della Regione Marche al n. ....  
Cod. fiscale ..... Part.IVA .....

Studio: Via..... Comune..... Prov.....  
Tel ..... Cell ..... E.mail .....

 **CONSENSO INFORMATO per minori**  
 **CONSULENZA PSICOLOGICA**  **PSICOTERAPIA**  
*Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"*

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome del Padre o esercente la potestà genitoriale e tutoriale) (Cognome e Nome della madre)

residenti in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome del figlio)

**sono informati:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica o un trattamento psicoterapeutico ad orientamento \_\_\_\_\_ finalizzati alla valutazione ed all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che nell'ambito della consulenza/trattamento potranno essere usati test psicodiagnostici, strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, nonché tecniche psicoterapeutiche riconosciute dalla comunità scientifica e validate;
- che la frequenza dei colloqui è stata valutata in base alla problematica psicologica diagnosticata ed alla disponibilità personale e che nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione terapeutica;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori anche se verranno concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
- che in qualsiasi momento si può interrompere il rapporto professionale, tuttavia è auspicabile che tale interruzione sia preceduta da un incontro di sintesi di lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constatata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- che il testo del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;
- che le prestazioni psicologiche e/o psicoterapeutiche verranno prestate dal dr./ssa \_\_\_\_\_ presso il proprio studio o diversamente sulla base di accordi preventivi con i genitori nominati in calce.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui il percorso di consulenza psicologica/psicoterapia che il/la dr/ssa \_\_\_\_\_ riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

In fede

Firma del padre

Firma della madre