

CONSENSO INFORMATO PER I MINORI

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il
____/____/____ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____
il ____/____/____ e residente in _____

prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/della dott./dott.ssa in favore del minore
_____ nato/a a _____ il ____/____/____ sono stato informato sui
seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un percorso di sostegno psicologico e psicoterapia finalizzato al conseguimento di una valutazione e di un intervento per migliorare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- il percorso coinvolgerà tutta la famiglia che sarà accolta e sostenuta, e, se necessario e possibile anche gli altri contesti educativi, al fine di elaborare nuove strategie educative orientate al benessere e supportare l'intero ambiente in cui vive il minore;
- il minore sarà coinvolto in tutte le comunicazioni e le riflessioni che lo riguardano con la massima chiarezza e limpidezza utilizzando un linguaggio consono alla sua età;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio, il gioco, le arti e la fantasia;
- il percorso non è mirato alla correzione del bambino e non potranno essere concordati obiettivi che mirano a conformarlo ad un modello, ma le finalità sono di promozione della crescita e dell'autonomia e della capacità di affrontare le difficoltà della vita nel modo migliore per lui/lei;
- in caso di impossibilità a presentarci all'appuntamento -----; in caso di mancato preavviso, pagheremo comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al terapeuta la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a far effettuare due incontri tra il terapeuta e il minore finalizzati alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora e alla chiusura del percorso;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, mantenere la riservatezza e il segreto professionale all'esterno e tra i familiari coinvolti nel percorso e il minore stesso; verrà concordato insieme al minore cosa comunicare ai genitori tranne in casi in cui le informazioni riguardanti il minore o altri soggetti coinvolti minano l'integrità e il benessere psicofisico del minore; ci impegniamo a non chiedere al minore cosa è successo nelle sedute una volta terminate.

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione concordata con il/la dott./dott.ssa iscritto/a all'Ordine degli Psicologial numero

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL MINORE