

## CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE AL SERVIZIO

### DI CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE

La Sig.ra ..... madre del minore..... nata a  
..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

Il Sig. ....padre del minore.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

affidandosi alla Dott.ssa Maria Salvato, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n°8139, con indirizzo e-mail maria.salvato@psypec.it / mariasalvato.psi@gmail.com, che effettua prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Secondaria Statale di Primo Grado "G. Pascoli" di Aversa (CE),

#### Sono informati dei seguenti punti:

- La prestazione di consulenza psicologica individuale è finalizzata al benessere dell'individuo, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti interpersonali. Tale spazio si configura come un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto e si avvale del colloquio come strumento di conoscenza principale. . I colloqui hanno una durata massima di 45 minuti.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.psicamp.it/>.
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

- Il professionista valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Avendo ricevuto apposita informativa,

|          |           |               |
|----------|-----------|---------------|
| la madre | AUTORIZZA | NON AUTORIZZA |
| il padre | AUTORIZZA | NON AUTORIZZA |

Il/la figlio/a ..... nato/a  
a.....il.....della classe.....sez.....

ad usufruire del servizio di consulenza psicologica individuale con la Dott.ssa Maria Salvato nei casi in cui l'alunno/a lo desideri. Gli incontri si terranno in modalità a distanza oppure presso i locali dell'Istituto scolastico.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico 2020/2021.

Aversa,.....

Firma di entrambi i genitori

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