

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-947259 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

CONSENSO INFORMATO SERVIZIO DI CONSULENZA "SPT" - CONSULENZA PSICOLOGICA PER STUDENTI MAGGIORENNI -

Io sottoscritto _____

frequentante l'Istituto Superiore G. Terragni

dichiaro di essere a conoscenza che:

- 1) ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di fornire le prestazioni di consulenza proprie del servizio SPT, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento utili a favorire il benessere psicologico e relazionale dello studente;
- 2) l'intervento si declina in attività di accoglienza, ascolto del bisogno, consulenza psicologica, e non prevede attività di psicoterapia;
- 3) lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dello;
- 4) le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare-la domanda d'aiuto per poi predisporre strategie mirate a promuovere competenze utili ad affrontare le criticità emerse;
- 5) i benefici e gli effetti potenzialmente conseguibili mediante la consulenza sono la promozione delle competenze e il conseguente miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- 6) la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente lo studente e valutare se proporre la prosecuzione della consulenza, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici presso altri professionisti, oppure se interromperla;
- 7) in qualsiasi momento lo studente potrà decidere di interrompere il rapporto con il professionista.
- 8) in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per lo studente. Potrà anche consigliare allo studente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGiate COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-947259 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____
(nome e cognome)

letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili insuccessi della consulenza psicologica, dichiaro di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza ed autonomia, ~~in virtù della potestà genitoriale:~~

☐ PRESTO il consenso alle prestazioni previste dal Servizio di Prossimità Territoriale (SPT) suindicate.

☐ NON presto il consenso alle prestazioni previste dal Servizio di Prossimità Territoriale (SPT) suindicate.

Data _____

Firma per consenso _____
