

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 I MINORI -

I sottoscritti, genitori del minore _____

frequentante l'istituto scolastico _____

autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad utilizzare il servizio SPT (Servizio di Prossimità Territoriale), per
tramite della Psicologa dott.ssa _____

e **dichiarano** 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 del minore;

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, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;

4) le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, 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 i genitori del minore 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 i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio 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 il minore. Potrà anche consigliare ai genitori del minore 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

I sottoscritti

(nome e cognome del genitore)

(nome e cognome del genitore)

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

☐ PRESTANO il loro consenso affinché il figlio si possa avvalere del servizio SPT accessibile presso l'Istituto scolastico frequentato.

☐ NON prestano il loro consenso affinché il figlio si possa avvalere del servizio SPT accessibile presso l'Istituto scolastico frequentato.

Data

Firma per consenso

NB: è necessaria la firma di entrambi i genitori.