

ALLEGATO B

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 l'intervento da parte della psicologa dottor.ssa. M. Cristina Luciano in favore del minore

_____ nato/a a _____ il ___/___/_____ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e 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;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere l'intervento. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso comunicheremo alla psicologa la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a far effettuare un ultimo incontro tra la psicologa e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela dell'alunno, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso ai protocolli dei test;

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della alla prestazione concordata con la dr.ssa M. Cristina Luciano iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Campania al N.1145 dal 24-11-1997.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

§ Cancellare i punti che non interessano o modificarli se necessario
