

## 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 \_\_\_\_\_

primadipotenzionare l'intervento da parte dellapsicologa dottor.ssa.M.Cristina Luciano in favore del minore

\_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ 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;
- al fine potranno essere usati strumenti conoscitivi 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 del lavoro, comunicheremo allapsicologa la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a fare effettuare un ultimo incontro tra lapsicologa e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- lapsicologa 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 rinunciare all'esercizio del diritto di accesso ai protocolli dei test;