

**Modulo di Consenso Informato**

Il sottoscritto (cognome e nome del padre) \_\_\_\_\_ e la sottoscritta (cognome e nome della madre) \_\_\_\_\_ genitori del minore (cognome e nome del figlio) \_\_\_\_\_ alunno/a della classe ..... ,

dichiariamo di essere informati:

- ✓ che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- ✓ che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- ✓ che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- ✓ che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- ✓ che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- ✓ che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa richiedere, nel caso ne senta la necessità, un colloquio.

In fede

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

LUOGO, DATA \_\_\_\_\_