

## CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI

I sottoscritti (*cognome e nome del padre*)

e (*cognome e nome della madre*)

genitori del minore (*cognome e nome del figlio/a*)

oppure

in quanto tutore del minore

in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero*)

sono informati di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad erogare consiste nell'attivazione di un servizio di consulenza e supporto psicologico rivolto agli studenti del Liceo Torricelli-Ballardini ed è finalizzata a: rilevare eventuali segnali di disagio psicofisico ed emotivo manifestati dagli studenti, promuovere il benessere psicofisico dei minori, favorire l'inclusione scolastica, promuovere attività di prevenzione e informazione riguardo la salute psichica ed emotiva, offrire uno spazio protetto all'interno del quale valutare, nel caso si rendesse necessario, l'ipotesi di seguire un percorso di sostegno psicologico maggiormente strutturato;
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno: il colloquio clinico, le attività di consulenza e informazione relative alla salute psicologica, attività di supporto psicologico,
- le prestazioni verranno rese presso i locali del Liceo Torricelli-Ballardini di Faenza;
- al suddetto servizio sarà possibile accedere esclusivamente su base volontaria, previo desiderio manifesto del minore;
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra, esprimiamo il consenso a che nostro figlio/a possa usufruire dell'intervento sopra sintetizzato.

Data

Firma

Firma