# CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI

*Ai sensi dell’art. 24 del* “Codice Deontologico degli Psicologi italiani”

I sottoscritti (cognome e nome del padre) …………………………………………………………………………

e (cognome e nome della madre) ………………………………………………………………………..

genitori del minore/i (cognome e nome del figlio/a) ..………………………………………………………………..

(cognome e nome del figlio/a) ..………………………………………………………………

sono informati:

* che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzato 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, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
* che gli strumenti principali di intervento sono: colloqui clinici, osservazioni e test psicodiagnostici;
* che il numero dei colloqui proposti sarà valutato in base alle modalità con cui lo psicologo svolge la propria professione e comunicato ai genitori durante il primo incontro;
* nel corso della consulenza psicologica sarà possibile ampliare o diminuire il numero degli incontri previa comunicazione ai genitori stessi;
* 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 dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
* che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
* che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
* che ai sensi dell’art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, hanno il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e possono, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell’esistenza di dati personali che riguardano li riguardino o che riguardino il/i minore/i, e conoscerne l’origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l’aggiornamento, la rettifica, l’integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi

# CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI

*Ai sensi dell’art. 24 del* “Codice Deontologico degli Psicologi italiani”

compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;

* il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell’Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, sarà precedentemente comunicato.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la sunnominato/a minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che il/la dott. ......................................................, psicologo/a iscritto/a all’Ordine Territoriale di

\_ \_ n. di iscrizione , riterrà necessario, ovvero incontri individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori o altri adulti significativi.

In fede

Firma del padre Firma della madre Firma del Tutore

Luogo, data