



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO CASALI DEL MANCO 2
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
Via Roma, 49 - 87059 CASALI DEL MANCO - Spezzano Piccolo (CS) Tel.
0984 435111 CF 80011710789 CM CSIC85400E
e-mail csic85400e@istruzione.it e-mail certificata csic85400e@pec.istruzione.it
sito web www.iccasalidelmanco2.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO (ADULTI)

Il Sig./la sig.ra _____ è informato/a sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario Supporto Psicologico/sportello di ascolto psicologico da parte della Dott.ssa **Belmonte Irma**, PSICOLOGA / PSICOTERAPEUTA / CTA (Certified Transactional Analyst) TECNICO ABA-VB, Iscritta All'albo degli Psicologi della Calabria N. 1442, mail sportellopsicologicocdm2@gmail.com, attivo presso l'I.C. Casali del Manco 2.

In caso di sostegno psicologico:

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 60 minuti, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione (osservazioni), la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi. Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi;
7. E' altresì informato/a sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11 Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12 Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13 Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del

soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

MAGGIORENNI/ADULTI

Il Sig. /la Sig.ra nato/a a..... il ___/___/___ residente
a..... in via/piazza..... n.....
CF..... TEL.....
MAIL.....

Dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Irma Belmonte e presta il consenso informato sanitario al trattamento psicologico presso lo Sportello di ascolto in oggetto.

Luogo e data _____

Firma

Firma del Professionista _____