

## CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna con il n. \_\_\_\_\_, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore \_\_\_\_\_, informa i genitori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel \_\_\_\_\_ (aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento che lo psicologo si appresta ad compiere) ed è finalizzata a \_\_\_\_\_ (aggiungere le finalità dell'intervento ad es. diagnosi, valutazione psicologica, ecc.);
- 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 \_\_\_\_\_ (aggiungere l'indicazione degli strumenti che sicuramente saranno utilizzati es. colloquio clinico, test psicodiagnostici, ecc.);
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso \_\_\_\_\_ (es. lo studio del suddetto professionista), sito in Via \_\_\_\_\_
- la durata dell'intervento è di \_\_\_\_\_ oppure l'intervento si articolerà in n. \_\_\_\_\_ sedute a cadenza \_\_\_\_\_ oppure pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in \_\_\_\_\_;
- 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.**

Io sottoscritto/a ..... identificato/a mediante documento: ..... n° ..... rilasciato da ..... il.....

Io sottoscritto/a ..... identificato/a mediante documento: ..... n° ..... rilasciato da..... il.....

in quanto genitori del/della minore .....

*oppure*

in quanto tutore del/della minore ..... in ragione di  
(indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero)

dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, esprimiamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con il dott./dott.ssa ....., come sopra sintetizzato.

Data.....

Firme .....