

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI

Io sottoscritto dott. Marco Mazzotti, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna con il n. 8780A, in procinto di attivare prestazioni di consulenza, prevenzione e supporto psicologico presso il Liceo Torricelli Ballardini di Faenza, informo i genitori dello\la studente\ssa 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: comprendere e dare significato ad eventuali segnali di disagio psicofisico ed emotivo manifestati dagli studenti, promuovere il benessere psicofisico dei minori, elaborare vissuti che causano disagio emotivo e/o psicologico attraverso attività di gruppo e individuali, 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 considerando anche un eventuale invio ai servizi pubblici di riferimento sul territorio;
- 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: attività di gruppo sviluppate in forma dialettica, analisi di materiale narrativo preparato dagli studenti, colloqui clinici individualizzati;
- di norma gli incontri saranno svolti in presenza, all'interno dei locali messi a disposizione dal Liceo Torricelli Ballardini;
- in ottemperanza delle norme sanitarie vigenti legate alla diffusione del virus Covid 19, in via eccezionale, le prestazioni potranno essere rese a distanza tramite l'utilizzo di mezzi elettronici quali piattaforme e applicazioni web. Tale condizione è vincolata alle future ed eventuali scelte operate dai Ministeri competenti in materia di contenimento dei contagi;
- al suddetto servizio sarà possibile accedere su base volontaria, previo desiderio manifesto del minore, presentando il presente modulo compilato e firmato da entrambi i genitori;
- 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 dei soggetti destinatari degli interventi o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- di seguito i genitori si impegnano a fornire un indirizzo mail o un numero telefonico tramite il quale essere eventualmente contattati dal professionista:

.....
Io sottoscritto/a

Io sottoscritto/a

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 (Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani, Gruppo Allianz, polizza n. 500216023) esprimiamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a possa usufruire dell'intervento concordato con il dott. Marco Mazzotti, come sopra sintetizzato.

Data.....

Firme

.....