**In qualità di genitori del/della minore …………………………………………….**

**che frequenta la classe………………………………………………………………**

La Sig.ra .............................................................

nata a il / /

e residente a..........................................................................................................................................

in via/piazza........................................................................................................n................................

Il Sig..............................................................

nato a il / /

e residente a..........................................................................................................................................

in via/piazza........................................................................................................n……………………………..

Sono informati sui seguenti punti:

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 con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;

3. Il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

4. 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.

5. Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

6. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d’ascolto psicologico, 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.

Sono altresì informati 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 sottoscritti Nome e cognome genitori…………………………………………………………………………………………………………….. dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Rachele Medici presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma della madre

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega documenti d’Identità

 Firma del Padre

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MINORI SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................

nata/o a il / /

Tutore del minorenne.................................................................................... che frequenta la classe ....................

in ragione di

(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

...............................................................................................................................................................

residente a.....................................................................................................................

in via/piazza.........................................................................n..............................

Sono informati sui seguenti punti:

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 con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. Il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
4. 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.
5. Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d’ascolto psicologico, 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.

Sono altresì informati 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.

Il sottoscritto Tutore …………………………………………………………………………………………………………….. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Rachele Medici presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma tutore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega Documento

**Consenso Informato Adulti**

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................

nata/o a il / /

residente a.....................................................................................................................

in via/piazza.........................................................................n..............................

Sono informati sui seguenti punti:

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 con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. Il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
4. 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.
5. Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d’ascolto psicologico, 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.

Sono altresì informati 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.

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………….. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Rachele Medici presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega Documento