

**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DA PARTE DI LAUREATI CON LAUREA MAGISTRALE IN  
PSICOLOGIA, NELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE PRESSO  
L'ASSOCIAZIONE DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE EDUCATIVA (A.P.R.E.)**

Io sottoscritto dott. Rocco Filipponeri Pergola, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio con il n. 14566, prima di svolgere colloqui di consulenza psico-pedagogica con Tirocinanti (laureati in Psicologia di cui sono Tutor e supervisore) a favore di \_\_\_\_\_, informandolo di quanto segue.

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in incontri di supporto psico-pedagogico ed è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico.
- 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.
- Il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (CD) e le Linee Guida per le Prestazioni Psicologiche via internet e a distanza sono a disposizione su richiesta.
- Le prestazioni verranno rese in presenza, o alternativamente, in via telematica. La richiesta di consulenza dovrà essere inoltrata scrivendo all'indirizzo email [sportello.apre@gmail.com](mailto:sportello.apre@gmail.com).
- Non è ipotizzabile la durata dell'intervento, che si articolerà in incontri di 40 minuti massimo per una volta a settimana.
- In qualsiasi momento l'utente potrà richiedere l'interruzione del rapporto. In tal caso, si impegna a comunicare, allo stesso indirizzo email tramite il quale si è richiesta la consulenza, tale volontà e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi e "restituzione" del lavoro svolto.
- Il Tirocinante 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.
- In qualunque momento il Tirocinante potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica. Potrà anche consigliare di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

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

oppure

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

.....  
in quanto genitore/tutore del/della minore .....  
iscritto alla scuola ....., nella classe .....

oppure

in quanto dipendente presso la scuola ..... in qualità di (indicare la professione svolta presso la struttura sopraindicata)

.....

dopo avere ricevuto l' informativa di cui sopra ed essere stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, esprime il suo consenso a usufruire dell'intervento concordato con il dott./dott.ssa ....., come sopra sintetizzato.

Data.....

Firme .....  
.....