

**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI 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 a valutare e sostenere il sano sviluppo psicologico del minore.
- 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.
- La consulenza psico-pedagogica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura nostra cura informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa e l'indirizzamento ad altra struttura.
- 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.
- Non è ipotizzabile la durata dell'intervento, che si articolerà in incontri di 40 minuti massimo per una volta a settimana.
- In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto. In tal caso, si impegnano a comunicare, allo stesso indirizzo email tramite il quale si è richiesta la consulenza, tale volontà e si rendono disponibili 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 per il minore. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

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
.....