

**LICEO SCIENTIFICO STATALE "Alessandro Volta"**

Via Juvarra n. 14 - 10122 TORINO Tel. 011.54.41.26 - E-mail: tops020006@pec.istruzione.it - tops020006@istruzione.it

Sito web: liceovolta.eu - Cod. Fisc. 80091160012 - Cod. Mecc. TOPS020006

**CONSENSO INFORMATO STUDENTI MINORI DEL LICEO "ALESSANDRO VOLTA"**

La sottoscritta dott.ssa SILVIA DI PAOLA, psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte in data 23/01/2006 n. 4493 prima di rendere prestazioni professionali in favore del/la minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del/la minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del/la minore), esercenti la potestà genitoriale:

- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede, via Juvarra 14;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- Lo strumento principale di intervento sarà il COLLOQUIO;
- la durata complessiva delle prestazioni è prevista in un numero massimo di 4 incontri per anno scolastico;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura della professionista informare adeguatamente i genitori del minore e valutare e ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici esterni oppure se interromperlo;
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono principalmente il miglioramento del benessere psicologico e relazionale; lo spazio d'ascolto non ha valenza terapeutica;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con la professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora. Il presente consenso vale fino al raggiungimento della maggiore età; potrà essere revocato in forma scritta in qualsiasi momento;
- in qualunque momento la Psicologa 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 lo studente/ssa. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;

- il compenso, determinato sulla base del tariffario dell'ordine degli Psicologi, è a carico della scuola.

Si invitano i genitori del/la minore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo: Il Sig. _____ e la Sig.ra _____

_____ genitori _____ del minore _____, letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili insuccessi della consulenza psicologica, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa SILVIA DI PAOLA, come sopra descritte, accettandone i risvolti connessi.

In fede

Luogo, _____ data ____/____/____

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)
