

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI

La sottoscritta dott.ssa Sabina Giuliodori, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna con il n. 8715 sez. A, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore _____, informa i tutori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nella consultazione psicologica ed è finalizzata al miglioramento del benessere emotivo e relazionale;
- 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 sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, il principale strumento di intervento sarà il colloquio clinico;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso la sede dell'IPS Olivetti - Callegari, Ravenna (RA);
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale;
- 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 del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- Pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si in un massimo di 4 incontri;

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

in quanto genitori del/della minore _____

oppure

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

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa Allianz Spa, n. polizza 505610972), dichiariamo:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con la dott.ssa Sabina Giuliodori
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 Agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Luogo e data _____

Firma

Firma
