

CONSENSO INFORMATO SUPPORTO PSICOLOGICO

La Dott.ssa Milena Cobelli, iscritta alla sezione A dell'Albo degli Psicologi del Veneto al n. 9667 informa che:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nello svolgimento di sedute di consulenza finalizzate al supporto psicologico;
- strumento principale di intervento è il colloquio finalizzato a supportare i bisogni evolutivi degli studenti e delle studentesse a distanza;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- la consulenza verrà svolta applicando i seguenti modelli teorici/approcci/strumenti: colloquio finalizzato a supportare i bisogni evolutivi degli studenti e delle studentesse;
- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (di seguito C.D.);
- in qualsiasi momento la persona assistita potrà interrompere la prestazione.
- L'intervento può essere interrotto, pur restando il vincolo al segreto professionale, anche dallo psicologo che potrà fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi, nei seguenti casi:
 - constatato che non vi è alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne potranno essere dal proseguimento dello stesso (art.27 del C.D.).
- La modalità della consulenza è stabilita come segue: in presenza.
- Quanto alla periodicità delle sedute, si conviene: a seconda della situazione e obiettivo. Tale periodicità è stabilita in via indicativa e potrà essere concordemente variata in relazione a diverse sopraggiunte necessità.
 - Le consulenze avverranno in un luogo riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
 - sarà possibile effettuare la consulenza solo in presenza di valido consenso da parte del richiedente al trattamento dei propri dati personali o di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale o di tutela, ai sensi del GDPR.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

per proprio conto

esercitando la rappresentanza legale o la potestà genitoriale sulla/sul sig.ra/sig.:

_____ nata/o a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in via _____ codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la

scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e data _____

Firma _____

N.B.: nel caso di minori, deve essere raccolto il consenso da parte di entrambi i genitori se, come avviene di regola, esercitano ambedue la potestà genitoriale.

Timbro e firma della/del Professionista
