Istituto Comprensivo Perugia 9
ICPG9 icpg9.edu.it

San Martino in Campo – via del Papavero 2/4 – 06132 Perugia
C.M. PGIC86500N – C.F. 94152460542
tel 075 60 96 21 | fax 075 60 92 07
pgic86500n@istruzione.it | pgic86500n@pec.istruzione.it | http://www.icpg9.edu.it/

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI

Ai sensi dell'Art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti (cognome e nome del padre) ……

e (cognome e nome della madre) ……

genitori del minore/i (cognome e nome del figlio/a) ……..……

(cognome e nome del figlio/a) ……..

sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- che il numero dei colloqui proposti sarà valutato in base alle modalità con cui lo psicologo svolge la propria professione e comunicato ai genitori durante il primo incontro;
- che nel corso della consulenza psicologica sarà possibile ampliare o diminuire il numero degli incontri previa comunicazione ai genitori stessi;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati dalla dott.ssa …… per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la sua diretta supervisione e responsabilità;
- che ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, hanno il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e possono, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che li riguardino o che riguardino il/i minore/i, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;
- che la scuola verrà informata solo dell'esistenza del numero di contatti da parte dell'utenza con la dott.ssa ……

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che la

dott.ssa …… psicologa iscritta ……., riterrà necessario, ovvero incontri individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori o altri adulti significativi.

In fede

Luogo e data

_____

Firma del padre	Firma della madre	Firma del tutore
_____	_____	_____