



Liceo Scientifico Statale "Maria Curie"

Via dei Rochis, 12 - Pinerolo

Tel. 0121 - 393146 - 393145

Email: TOPS070007@istruzione.it

C.F. 85003860013 Sito Internet: www.curiepineroło.edu.it



ATTIVITÀ DI CONSULENZA PSICOLOGICA/SPORETTO D'ASCOLTO

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

Il sottoscritto (cognome e nome) _____,
_____ alunno/a della classe _____,

DICHIARA DI ESSERE INFORMATO:

- che la prestazione sarà svolta dalla Dott.ssa Giada Bollati, Psicologa – psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte in data 19/11/2012, n. 6692;
- che la prestazione offerta consiste in colloqui finalizzati all'ascolto, al contenimento e all'orientamento rispetto al raggiungimento di un maggior benessere emotivo;
- che 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;
- che la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare lo studente e valutare se interrompere la consulenza e/o ipotizzare altre strategie e/o percorsi;
- che i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- che in qualsiasi momento l'alunno potrà decidere di interrompere il rapporto con il professionista;
- che in qualunque momento lo Psicologo 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/a stesso/a studente/ssa. Potrà anche consigliare allo studente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- che la consulenza sarà effettuata in presenza.

DICHIARA

DI VOLER USUFRUIRE DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE

In fede

Firma

Luogo, data _____