

CONSENSO INFORMATO

Servizio di Supporto psicologico per eventuali disagi derivanti dall'emergenza COVID-19

La sottoscritta Dott.ssa Francesca Manari Psicologa e Psicoterapeuta sistemico-relazionale iscritta all'Ordine degli Psicologi Abruzzo n. 2288 prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___ / ___ / ___ e residente/i in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___ / ___ / ___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- 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 cliente, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno rese in modalità online;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare e rispondere ai disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 considerando, insieme al minore, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e cliente, il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;

• i colloqui si svolgeranno su appuntamento nelle giornate di martedì, giovedì e venerdì.
Si invitano i genitori del minore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto sopra riportato e decidono a questo punto, con piena consapevolezza, di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali del Dott.ssa Francesca Manari.

In fede

Firma (padre del minore) _____

Firma (madre del minore) _____

Luogo e data