COMUNE DI SAN BONIFACIO
(Provincia di Verona)

CAPOFILA ATS VEN_27

Consenso per la prestazione professionale psicologica - Minori

La/il sottoscritta/o _____, nata/o a _____ il __/__/____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, identificato/a mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

La/il sottoscritta/o _____, nata/o a _____ il __/__/____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, identificato/a mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____ in quanto genitori del/della minore _____ oppure

in quanto tutore del/della minore _____ in ragione di _____

affidandosi alla Dottoressa _____,

E' informata/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *di seguito C.D.;*

2. lo psicologo è parte integrante di una equipe multidisciplinare.

3. la prestazione offerta riguarda _____;

4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: _____;

6. la durata globale dell'intervento
   - ☐ non è definibile a priori
   - ☐ è definibile in n.____ incontri

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla psicologa la volontà di interruzione;

8. la professionista può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679) fornita dal Comune di San Bonifacio per i Servizi Sociali'.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, esercitando la responsabilità genitoriale del/della minore _____, nata/o a _____ il __/__/____, residente a _____ in via _____, codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprimono il proprio libero consenso alla prestazione suindicata, barrando la casella di seguito

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma genitori

_____

_____

Firma della Professionista

_____