

Modulistica unica per la prestazione professionale psicologica

I/la/il sottoscritti/a/o _____,
nati/a/o _____ a _____ il
_____ residenti/e a _____, in via
_____ affidandosi a: dott.ssa Cecilia Verbi, iscritta
all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 7625, esercitante la professione all'interno
dell'Istituto I.I.S "Leonardo da Vinci", via del Terzolle 91, Firenze

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO come da offerta formativa scolastica;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria per i seguenti motivi: gli psicologi svolgono attività di ascolto e valutazione, ma non di presa in carico terapeutica;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione- riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.1 della legge.56/1989*);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinicopsicologico;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un massimo di n. 5 incontri;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto;
8. durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
9. i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
10. le prestazioni verranno rese attraverso la piattaforma individuata dalla scuola.
11. i professionisti sopra indicati possono valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando si 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
12. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza e/o di psicoterapia. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

La dott.ssa Cecilia Verbi è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz SpA. n. 500216023;

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

- per proprio conto
 nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

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

- esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____

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

(in caso di interdetto)

- altro
(specificare) _____

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

- FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Timbro e firma della Professionista
