

CONSENSO INFORMATO COUNSELING PSICOLOGICO

Il sottoscritto Sig. nato a il e residente in

La sottoscritta Sig.ra nata a il e residente in

prima di ottenere le prestazioni dello sportello CIC, rese dallo/a psicologa scelto/a dall'Istituto in favore del/della minore nato/a a il

Dichiara che siamo/sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico di durata limitata finalizzato a migliorare il benessere psicologico; qualora lo psicologo ritenesse necessario il prolungamento di analoghe prestazioni il minore verrà inviato ai servizi territoriali;
- la durata globale dell' intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta; resta inteso che essendo il CIC aperto a tutta la popolazione studentesca il numero di incontri che potrà assicurare è basso;
- lo/a psicologo/a è tenuto/a a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- lo/a psicologo/a unicamente gestisce i dati dei ragazzi e non può in alcun modo divulgarli. Consegna una relazione standard senza nominativi in fondo ad ogni anno scolastico. In casi eccezionali può convocare con l'assenso del DS il Consiglio di classe per comunicazioni urgenti.
- Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro/a figlio/a, qualora ne faccia richiesta durante l'anno scolastico fruisca della prestazione così descritta.

Luogo e data

Firma della madre leggibile

Firma del padre leggibile