

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

Il sottoscritto dott. Sebi Barbagallo Psicologo, Psicoterapeuta ad orientamento Cognitivo e Comportamentale iscritto all'Ordine degli Psicologi della Sicilia in data 12.02.2012 n. 6270 Sez. A prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ e residente 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:

- Y 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;
- Y 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;
- Y Le prestazioni saranno rese presso il Primo Istituto Comprensivo "De André" sito in Aci Sant' Antonio, Via Veronica 3, 95025 Aci Sant' Antonio;
- Y Le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d' aiuto, posta in essere dal minore stesso, da chi ne esercita la potestà e/0 dal corpo docente per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- Y Gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e gli alunni del I Istituto Comprensivo "De André", il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- Y La durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;
- Y La durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta dei genitori e alla disponibilità del cliente, nonché in base alla richiesta e alla disponibilità del professionista;
- Y 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 adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);
- Y I benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale, nonché rivolti all' empowerment per il successo scolastico;

- Y In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione al professionista rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- Y 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 il cliente. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- Y GIUSTA DELIBERA DEL CONSIGLIO D'ISTITUTO N. 26 DEL 26/06/2013 VIENE ATTIVATO NEL NOSTRO ISTITUTO LO "SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" IN ORARIO SCOLASTICO E GRATUITO, PER STUDENTI, GENITORI, INSEGNANTI TENUTO DAL DOTT. SEBI BARBAGALLO, CON SEDE IN VIA VERONICA.
- Y LO SPORTELLO D'ASCOLTO E' UNO SPAZIO DEDICATO PRIORITARIAMENTE AGLI ALUNNI, AI LORO PROBLEMI, ALLE LORO DIFFICOLTA' NEL MONDO DELLA SCUOLA, MA E' ANCHE UN POSSIBILE MOMENTO D'INCONTRO E CONFRONTO CON I GENITORI PER CAPIRE E CONTRIBUIRE A RISOLVERE LE DIFFICOLTA' NEL RAPPORTO CON UN RAGAZZO CHE CRESCE, PER INDIVIDUARE I PROBLEMI E LE POSSIBILI SOLUZIONI COLLABORANDO CON GLI INSEGNANTI IN UN'AREA PSICOPEDAGOGICA DI INTERVENTO INTEGRATO.
- Y TALE SPORTELLO È UNA GRANDE OPPORTUNITÀ ANCHE PER AFFRONTARE E RISOLVERE PROBLEMATICHE INERENTI LA CRESCITA, LEGATE ALL'INSUCCESSO, ALLO SVANTAGGIO, ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA, AL BULLISMO, E/O A PROBLEMATICHE CONNESSE AL PERIODO DELL'ADOLESCENZA.
- Y PERTANTO SARANNO PARTICOLARMENTE ATTENZIONATI I CASI DI BES-DSA-A.D.H.D.-PER I QUALI SARANNO ADOTTATE LE STRATEGIE DI INTERVENTO PIU' IDONEE

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ___ / ___ / ___ si invitano i genitori del minore-cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____

_____ dichiarano di aver compreso quanto loro spiegato dal professionista e qui 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. Sebi Barbagallo, come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

Luogo e data.....

In fede

Il sottoscritto dichiara che i documenti e le deleghe presentate saranno valide per tutto il percorso nel grado di scuola frequentato dal proprio figlio salvo revoca dello scrivente.

Luogo e data.....

In fede

In caso di impossibilità da parte di uno dei genitori alla firma, il genitore firmatario dichiara di avere informato l'altro genitore e di aver ottenuto il suo assenso all'atto, nel rispetto dell'art. 316 e segg. del cod. civ.

Tale dichiarazione ha validità di autocertificazione ai sensi del dpr 445/2000 art. 47

Firma genitore dichiarante.....