**ORDINE PSICOLOGI CALABRIA**

**Fac-simile consenso informato**

**Sostegno psicologico/Psicoterapia**

**VERSIONE PER PERSONE MINORENNI O INTERDETTE**

**Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residente in |  |
| Indirizzo |  |
| C.F. |  |
| Mobile |  |
| E-mail |  |

**Esercente responsabilità genitoriale (madre)**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residente in |  |
| Indirizzo |  |
| C.F. |  |
| Mobile |  |
| E-mail |  |

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di sostegno psicologico/psicoterapia nei confronti del figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di sostegno psicologico:

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;

oppure in caso di psicoterapia:

1.1 la psicoterapia prestata dal professionista sanitario è finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale. Il modello psicoterapico è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
2. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
3. il professionista sanitario, laddove lo ritenesse necessario e previa comunicazione a chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela, può avvalersi della consulenza di altri professionisti sanitari vincolati al segreto professionale. Chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela può esprimere oralmente il proprio dissenso. In tal caso, il professionista può decidere di interrompere la prestazione psicologica;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dall’art. 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. la prestazione psicologica verrà erogata dalla Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso lo studio sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure per le prestazioni erogate a distanza:

7.1 la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se telefono, Skype, Zoom ecc.);

7.2 Il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

7.3 Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenne o interdetta da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet.

1. La durata globale della prestazione non è definibile a priori, pertanto sarà commisurata in base a obiettivi e tempi verbalmente concordati;
2. Il professionista sanitario 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.

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o il tutore Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato al trattamento psicologico nei confronti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma tutore

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_