    

*Ministero dell’Istruzione*

*DISTRETTO SCOLASTICO n. 22*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “MONTALTO SCALO”**

*Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° Grado ad indirizzo musicale*

Via Villaggio, 1

**87040 MONTALTO UFFUGO SCALO (CS**)

Tel. 0984/1525060 - C.F.80002540781- C.M. CSIC88900D - C.U. UFYMVX

PEO [csic88900d@istruzione.it-](mailto:CSMM14600D@istruzione.it-) PEC [csic88900d@pec.istruzione.it](mailto:csic88900d@pec.istruzione.it) - SITO WEB http//icmontaltoscalo.edu.it

**Consenso informato sanitario in psicologia scolastica**

**SCUOLA DELL’INFANZIA- SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO A.S. 2022-2023**

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

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

**Esercente responsabilità genitoriale (madre)**

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

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono informati sui seguenti punti in merito ai trattamenti di *sostegno psicologico,* *osservazione in classe, attività laboratoriali in gruppo\_*nei confronti del figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da parte della dr.ssa **BENEDETTA AQUINO** (ordine **Psicologi della Calabria** n.\_**1666)** e della dr.ssa **ROSALBA CANNARILE (** ordine **Psicologi della Calabria** n**. 971)**:

1. il sostegno psicologico prestato dai professionisti è finalizzato al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico, gli incontri non avranno carattere terapeutico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

6. le prestazioni psicologiche a distanza saranno erogate attraverso gli strumenti **GoogleMEET**. Durante il collegamento, dovrà essere garantito che non vi siano terze persone e che il colloquio non sia in alcun modo registrato.

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

8. 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 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.

9. 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.

10.Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

**Articolo 11**

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

**Articolo 12**

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all’obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l’opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

**Articolo 13**

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o il tutore Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, **PRESTA/PRESTANO IL CONSENSO INFORMATO SANITARIO E AUTORIZZA/AUTORIZZANO** al trattamento psicologico nei confronti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e data**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoriali**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OPP. IN CASO DI FIRMA DI UNO SOLO DEI GENITORI/TUTORI**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_