**CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI**

In riferimento alle attività del servizio psicologico che si svolgeranno nell'Istituto Comprensivo Darsena e affidato alla Dott.ssa Francesca Dendi, psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana con il n° 9748, si precisa:

* la psicologa è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi italiani;
* la prestazione offerta riguarda consulenza psicologica ed è finalizzata ad attività di sostegno in ambito psicologico (art.1 della legge n.56/1989) che può riguardare il benessere psicologico, il sostegno della crescita e maturazione personale, il sostegno emotivo-affettivo nelle sue relazioni interpersonali, l'orientamento nelle tematiche relative all'educazione alla salute, la prevenzione di comportamenti a rischio;
* per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
* il numero degli incontri con l'alunno minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari);
* la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

I sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e COGNOME E NOME MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la classe\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_ Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo Statale Darsena di Viareggio.

□ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_