

Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____

siamo stati informati sui seguenti punti:

- La prestazione è un Servizio di Sportello Psicologico e sarà effettuata dalla Dott.ssa Raffaella Catania psicologa-psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia.
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico.
- La prestazione di Sportello Psicologico non è una Psicoterapia.
- In qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.
- Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti ed ai materiali.
- Lo sportello psicologico è rivolto ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi iscritti all'ITET "Leonardo da Vinci" di Milazzo.
- Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione.

Informati di ciò,

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____