

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA – VERSIONE MINORI

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti (cognome e nome del padre).....
e (cognome e nome della madre)
genitori del minore (cognome e nome del figlio).....

Sono informati di quanto segue:

- Lo scopo e la natura dell'intervento professionale è consulenza psicologica;
- La prestazione verrà offerta presso lo studio professionale o altro luogo sito in Via P. Toselli, n. 30 – Catania;
- Durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
- I colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- La durata globale dell'intervento non è definibile a priori per motivi clinici; dopo una fase di valutazione, la durata dell'eventuale presa in carico dipenderà necessariamente dall'evoluzione del processo clinico;
- La frequenza delle sedute è concordata in base al progetto di intervento psicologico, e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione professionale;
- In qualsiasi momento si può interrompere l'intervento psicologico; va comunicata la volontà di interruzione, rendendosi eventualmente disponibile ad effettuare un ultimo incontro per la sintesi del lavoro svolto.

- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; in particolare è strettamente tenuto al Segreto Professionale. Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario, o salvo ben specifiche disposizione di Legge in situazioni eccezionali.
- Ai sensi dell'art. 5 del D.L. 137 del 07/08/2012, è stipulata con la compagnia di assicurazioni Allianz S.P.A. la polizza n. 500216747 per un massimale di euro 1.500.000 a tutela di eventuali danni arrecati al cliente;

Il sig. _____
nato a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____

La sig.ra _____
nata a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra dichiarano:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il Dott. Andrea Luca.

Il Dott. Andrea Luca sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato.

Firma 

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui il percorso di consulenza psicologica che il/la dott. Andrea Luca riterrà necessario nel suo caso.

In fede

Firma del padre

Firma della madre

Motta Sant'Anastasia ____ / ____ / ____