

**CONSENSO INFORMATO  
SOSTEGNO PSICOLOGICO**

La Dott.ssa Giorgia Caiazza, Psicologa iscritta all'Albo degli Psicologi della Regione Calabria, n. iscr. 2598 prima di rendere prestazioni professionali, informa Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_ sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di sostegno psicologico nei confronti del figlio \_\_\_\_\_ C.F.:

\_\_\_\_\_

**Esercente responsabilità genitoriale (padre):**

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	

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

2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
3. 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;
4. 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;
5. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
6. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dall'art. 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
7. La prestazione psicologica verrà erogata dalla dott.ssa Giorgia Caiazza presso l'Istituto Comprensivo Casalnuovo;
8. Il Professionista sanitario, laddove lo ritenesse necessario, può avvalersi di un colloquio con un parente o un conoscente, previo consenso da parte del paziente;

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 \_\_\_\_\_