

Dott.ssa MANUELA PINTO
PSICOLOGA e PSICOTERAPEUTA ad indirizzo Psicodinamico Relazionale
Ordine degli Psicologi Consiglio Regionale del Piemonte N. iscrizione 9014
Partita IVA 08395800728
C.F. PNTMNL91L65A048M

CONSENSO INFORMATO PER MINORI

I sottoscritti _____ e _____
(Cognome e Nome del Padre o esercente la potestà genitoriale e tutoriale) (Cognome e Nome della madre)

residenti in via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

genitori del minore _____ nato/a il _____ a _____
(Cognome e Nome del figlio/a)

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta riguarda consulenza psicologica e colloqui psicologici. Gli incontri potranno essere individuali o di gruppo, su richiesta dello studente o su proposta dei docenti/referenti scolastici e si svolgeranno all'interno dell'Istituto, in spazi idonei a garantire **riservatezza e privacy**
3. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – *(art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a effettui l'incontro di consulenza psicologica.

Luogo e data: _____

In fede

Firma del padre

Firma della madre
