



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

La sottoscritta dott.ssa **Luisa Maggio** iscritta all'Ordine degli Psicoterapeuti della Regione Puglia con il n. 5608, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore _____ nell'Istituto Scolastico _____, informa i genitori di quanto segue:

La prestazione che la professionista si appresta ad eseguire consiste nel sostegno psicologico, a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloqui clinici.

I/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

in quanto genitori del/della minore _____

oppure in quanto tutori del/della minore _____

_____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra

dichiariamo:

di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con il dott./la dott.ssa _____

Luogo e data _____

Firma

La dott.ssa Luisa Maggio sottoscrive la presente

Firma del dott./della dott.ssa
