

Carissimi genitori,  
nell'ambito del Piano dell'Offerta Formativa, nel nostro istituto è stato attivato il SAP (Sportello di Ascolto Psicologico), un'iniziativa mirata a prevenire il fenomeno della dispersione scolastica. Affinché anche il/la vostro/a figliolo/a minorenne, qualora ne avvertisse la necessità, possa richiedere una consulenza psicologica, sono necessari il vostro consenso informato e la vostra autorizzazione scritta.  
Se siete d'accordo, compilate e firmate il modello qui di seguito allegato e rimandatelo a scuola con vostro/a figlio/a.  
Grazie per la collaborazione.

Il gruppo di lavoro  
"Sportello di ascolto"

-----

## CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA – VERSIONE MINORI

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

I sottoscritti (c. e n. del padre) .....  
e (c. e n. della madre) .....  
..... genitori/tutori del minore (c. e  
n. del figlio) .....

### Sono informati :

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzato alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine verrà utilizzato il colloquio clinico come strumento per la prevenzione del disagio scolastico e/o extra-scolastico, per il supporto psicologico ed il mantenimento del benessere personale e relazionale,
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;

**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. .... riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambe i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.**

Data.....

In fede

Firma del padre/tutor

Firma della madre/tutor

.....

.....