**Allegato D**

**Consenso informato attività di psicologia scolastica – Prenotazione SPORTELLO**

**(Studenti maggiorenni)**

La Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Psicologa/Psicoterapeuta iscritta all’Albo degli Psicologi, prima di rendere prestazioni professionali nei confronti del Sig./Sig.ra:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residente in |  |
| Indirizzo |  |
| C.F. |  |
| Mobile |  |
| E-mail |  |

fornisce le informazioni sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di CONSULENZA/SOSTEGNO PSICOLOGICO:

In caso di sostegno psicologico:

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, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dall’art. 1 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta il consenso informato al trattamento psicologico.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_