

## Modulistica unica per prestazione professionale psicologica

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
affidandosi a: dott. Tommaso Franchini, esercitante la professione di psicologo all'interno dell'Istituto di Istruzione Superiore "Alberti-Dante", via San Gallo, 68 – Firenze, dichiaro di essere informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda **(barrare con una X)**  
 SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE  
 INTERVENTO SUL GRUPPO CLASSE
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria per i seguenti motivi: gli psicologi svolgono attività di ascolto e valutazione, ma non di presa in carico terapeutica;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico psicologico;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un massimo di n. 3 incontri, salvo deroga della D.S.
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto;
8. il professionista sopra indicato può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando si constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto, può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati all'inizio di ogni rapporto di consulenza. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti

Il dott. Tommaso Franchini è assicurato con Polizza RC professionale sottoscritta con CAMPI Allianz S.p.A. Milano n. 500216023

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato, **(barrare con una X)**

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

altro specificare \_\_\_\_\_

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, **barrando con una X** la casella di seguito:

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

FIRENZE, li \_\_\_\_\_

Firme/a \_\_\_\_\_

*Timbro e firma della/del  
Professionista*