

Consenso informato per l'accesso allo Sportello d'ascolto Psicologico (ADULTI)

La/Il sottoscritt/a/o

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
VIA DI RESIDENZA	
CITTÀ DI RESIDENZA	
C.F.	
TELEFONO CELLULARE	
EMAIL	
RUOLO (selezionare)	Genitore del/la studente/ssa: frequentante la classe: Sezione Docente / altro personale scolastico Studente/ssa frequentante la classe Sezione

È informata/o sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario da parte della Dott.ssa Stefania Esposito, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Albo professionale degli Psicologi della Calabria con n. 1806:

1. L'intervento del professionista sanitario è finalizzato alla promozione del benessere psicologico, al fronteggiamento di condizioni stressanti, al sostegno emotivo-affettivo, alla prevenzione e al contrasto del disagio psicologico e del vissuto traumatico, anche in relazione all'emergenza epidemiologica COVID-19 e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
2. il professionista sanitario valuta e, ove necessario o richiesto, orienta e fornisce le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
3. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico, la cui eventuale frequenza verrà concordata in base alle specificità del bisogno psicologico;
4. il numero degli incontri per ciascun richiedente potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari);
5. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);
6. il professionista sanitario può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
7. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli art. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato.

Per le prestazioni erogate a distanza:

- la prestazione psicologica a distanza verrà erogata attraverso lo strumento skype / zoom / telefono, per come concordato con la/il richiedente;
- il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore;
- durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non siano presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno viene richiesto al/la richiedente.

INFORMAZIONI SUI LIMITI GIURIDICI DI RISERVATEZZA SANCITI DAI SEGUENTI ARTICOLI DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI:

Articolo 11: Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12: Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13: Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

La/il Sig.ra/Sig. _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta il consenso informato sanitario al trattamento psicologico.

Luogo e data, _____

Firma

Il presente consenso informato, compilato in ogni sua parte e firmato, può essere inviato a mezzo email all'indirizzo stefaniaesposito.psicologa@gmail.com Il colloquio si intende prenotato previo contatto con la psicologa, al medesimo indirizzo email o al numero di cellulare **3383307297**.