

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PER CLIENTI MINORENNI

Ai sensi del Codice Deontologico di AssoCounseling

I sottoscritti

_____ (nome, cognome, data di nascita)
_____ (nome, cognome, data di nascita)

in qualità di

genitori esercenti la potestà genitoriale su

_____ (nome, cognome, data di nascita)

SONO INFORMATI

- che Matteo Calliari è un counselor professionista iscritto ad AssoCounseling con il numero A24-2019 Livello Professional Counselor
- che la prestazione che verrà offerta al minore è un intervento di counseling professionale finalizzato alla risoluzione di difficoltà circoscritte ed in alcun modo afferenti alla sfera psicopatologica
- che l'intervento di counseling professionale non va confuso né con un intervento psicologico né con un intervento medico né con un intervento psicoterapeutico
- che gli strumenti principali di intervento sono la relazione, l'ascolto e la comunicazione.
- che la frequenza degli incontri è stata stabilita di comune accordo;
- che il counselor valuta ed eventualmente propone l'interruzione degli incontri di counseling qualora questi non apportino alcun beneficio al minore (ex art. 18, Codice Deontologico di AssoCounseling);
- che il counselor, qualora rilevasse la necessità di un intervento specifico per il minore, proporrà figure professionali di riferimento specifiche o servizi sul territorio;
- che il minore ha diritto al mantenimento del segreto professionale il quale è regolato dagli artt. 14, 15 e 16 del codice Deontologico di AssoCounseling, che è integralmente visibile all'indirizzo web http://www.assocounseling.it/registro/codice_deontologico.asp;
- che la prestazione è resa nel rispetto della Legge 14 gennaio 2013, n. 4 e dei regolamenti e delle linee guida promosse da AssoCounseling;
- che per qualunque necessità — informazioni, segnalazioni, reclami, chiarimenti — è possibile rivolgersi allo sportello utente promosso da AssoCounseling ai sensi dell'art. 2, comma 4 della Legge 14 gennaio 2013, n. 4 reperibile all'indirizzo web <http://www.assocounseling.it/utenti/sportello.asp>

I sottoscritti, in qualità di genitori di _____, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentono che il minore suddetto effettui il percorso con il dottor Matteo Calliari, nel corso del quale potranno anche essere svolti colloqui con uno o entrambi i genitori.

Data

Firma _____

.....

Firma _____

Da compilare e sottoscrivere solo nel caso in cui il modello sia firmato da uno solo dei genitori:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che la sig.ra/il sig. _____ madre/padre di _____

è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione.

(Firma)
