

**Dott. Andrea Lucchetti**

Ordine degli Psicologi Consiglio Regionale delle Marche N. iscrizione 2175

email: lucchetti.andrea@icbartolini.edu.it

**CONSENSO INFORMATO PER MINORI**  
**Consulenza psicologica**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

*(Cognome e Nome del Padre o esercente la potestà genitoriale e tutoriale)*

*(Cognome e Nome della madre)*

residenti in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
*(Cognome e Nome del figlio)*

**sono informati:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata a mantenere la motivazione alta e ad utilizzare al meglio le risorse al fine di gestire tutte quelle situazioni difficili che potrebbero presentarsi in questo particolare momento storico;
- che nell'ambito della consulenza è offerto uno spazio di confronto per promuovere un pensiero critico e di autoanalisi (conoscenza di sé) e per riflettere sulle proprie difficoltà;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);

**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 l'incontro di consulenza psicologica programmata.**

Luogo e data: \_\_\_\_\_

In fede

Firma del padre

Firma della madre

\_\_\_\_\_