

## **ALLEGATO PER PAZIENTI MINORENNI**

### **Consenso informato dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale**

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ Madre

☐ Padre

☐ Tutore legale

del minore:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

dichiara di aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili riguardo alle finalità, alle modalità e ai limiti dell'intervento psicologico e/o psicoterapeutico proposto.

---

### **Consenso congiunto**

Ai sensi della normativa vigente, l'avvio di un percorso psicologico o psicoterapeutico con un minore richiede il consenso di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, salvo i casi previsti dalla legge.

Pertanto:

☐ Entrambi i genitori prestano il consenso.

☐ È presente documentazione attestante l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale.

☐ È presente specifico provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

---

### **Dichiarazione di responsabilità del genitore richiedente**

Il genitore che richiede l'avvio del percorso dichiara sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite in merito all'esercizio della responsabilità genitoriale sono veritiere e aggiornate.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali modifiche derivanti da accordi tra le parti o da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

### **Riservatezza e tutela del minore**

Il percorso terapeutico è orientato prioritariamente alla tutela del benessere psicologico del minore.

La professionista si impegna a mantenere la riservatezza delle informazioni raccolte nel corso del trattamento, nel rispetto dell'età, del grado di maturità del minore e delle disposizioni normative e deontologiche vigenti.

Eventuali informazioni condivise con i genitori saranno comunicate nella misura necessaria a garantire la tutela e il benessere del minore.

---

### **Assenso del minore**

Compatibilmente con l'età e il livello di maturità, il minore viene coinvolto nella comprensione degli obiettivi e delle modalità del percorso e viene richiesto il suo assenso alla partecipazione.

---

### **Colloqui con i genitori**

Nel corso del percorso potranno essere programmati colloqui di restituzione e confronto con i genitori o con gli esercenti la responsabilità genitoriale.

Tali incontri costituiscono parte integrante dell'intervento clinico.

---

### **Sedute online con minori**

In caso di colloqui online, i genitori si impegnano a garantire un ambiente adeguato, riservato e privo di interferenze.

Eventuali modalità di partecipazione dei genitori alle sedute online saranno concordate con la professionista sulla base delle esigenze cliniche del minore.

---

### **Minori residenti all'estero**

Per i minori residenti all'estero, gli esercenti la responsabilità genitoriale dichiarano di essere consapevoli che la prestazione professionale viene erogata in Italia secondo la normativa italiana vigente e il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Essi si impegnano inoltre a garantire la possibilità di accesso ai servizi sanitari e di emergenza presenti nel Paese di residenza del minore.

---

## **Comunicazioni con terzi**

Eventuali contatti con:

- scuola;
- servizi sanitari;
- altri professionisti coinvolti;

potranno avvenire esclusivamente previo consenso scritto degli esercenti la responsabilità genitoriale, salvo i casi previsti dalla normativa vigente.

---

## **Documentazione clinica**

La professionista potrà richiedere e acquisire, previo consenso degli esercenti la responsabilità genitoriale, documentazione sanitaria, scolastica o specialistica ritenuta utile alla valutazione e alla presa in carico del minore.

---

## **Situazioni di separazione o divorzio**

In caso di separazione, divorzio o cessazione della convivenza tra i genitori, il genitore che richiede la prestazione dichiara di aver informato l'altro esercente la responsabilità genitoriale e di agire nel rispetto degli accordi e dei provvedimenti eventualmente emessi dall'Autorità Giudiziaria.

La professionista potrà richiedere documentazione attestante l'affidamento e l'esercizio della responsabilità genitoriale.

---

## **Emergenze**

La professionista non garantisce reperibilità continuativa né servizio di emergenza.

In situazioni di urgenza o emergenza i genitori dovranno rivolgersi tempestivamente ai servizi sanitari territorialmente competenti, al Pronto Soccorso o ai numeri di emergenza del Paese di residenza.

---

## **Trattamento dei dati**

I genitori dichiarano di aver preso visione dell'informativa privacy allegata e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali e particolari del minore. I dati del minore saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa italiana vigente.

---

## **Consenso al trattamento**

I sottoscritti dichiarano di:

- ☐ Acconsentire all'avvio del percorso psicologico/psicoterapeutico.

**Dott.ssa Francesca Troiano** Psicologa – Psicoterapeuta Breve Strategica

Via Giuseppe Di Vittorio 99, 71043 Manfredonia (FG)

**Email:** info.francescatroiano@gmail.com **PEC:** francesca.troiano.889@psypec.it

**Telefono:** +39 346 7935285 **P. IVA:** IT03922180710 **C.F.:** TRNFNC85M55H926B

- ☐ Acconsentire allo svolgimento di sedute online qualora concordate.
- ☐ Acconsento a eventuali contatti con la scuola, servizi sanitari, altri professionisti coinvolti qualora ritenuti clinicamente utili.
- ☐ Aver preso visione dell'informativa privacy allegata.

---

Firma Madre \_\_\_\_\_

Firma Padre \_\_\_\_\_

Firma Tutore \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_