

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PER CLIENTI MINORENNI

Ai sensi del Codice Deontologico di AssoCounseling

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale su \_\_\_\_\_ **oppure** la/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del minore \_\_\_\_\_

### SONO INFORMATI

**RI** che la Dott.ssa Cristina Abbiate è un counselor professionista iscritto ad AssoCounseling con il numero A2193.

**RI** che la prestazione che verrà offerta al minore è un intervento di counseling professionale finalizzato alla risoluzione di difficoltà contingenti, transitorie, circoscritte ed in alcun modo afferenti alla sfera psicopatologica;

**RI** che l'intervento di counseling professionale non va confuso né con un intervento psicologico né con un intervento medico né con un intervento psicoterapeutico;

**RI** che gli strumenti principali di intervento sono la relazione, l'ascolto e la comunicazione;

**RI** che la frequenza degli incontri è stata stabilita di comune accordo;

**RI** che la durata globale dell'intervento non è definibile aprioristicamente, pur avendone concordato gli obiettivi, i tempi e le modalità;

**RI** che il counselor valuta ed eventualmente propone l'interruzione degli incontri di counseling qualora questi non apportino alcun beneficio alle problematiche del minore (ex art. 18, Codice Deontologico di AssoCounseling);

**RI** che il counselor, qualora rilevasse la necessità di un intervento specifico per il minore, proporrà figure professionali di riferimento specifiche o servizi sul territorio;

**RI** 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](http://www.assocounseling.it/registro/codice_deontologico.asp);

**RI** che la prestazione di counseling è resa nel rispetto della Legge 14 gennaio 2013, n. 4 e dei regolamenti e delle linee guida promosse da AssoCounseling;

**RI** 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>

La/ll/i sottoscritta/o/i in qualità di genitore/i / tutore/i di \_\_\_\_\_ avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentono che il minore suddetto effettui il percorso di counseling che la Dott.ssa Cristina Abbiate riterrà opportuno, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

Data

Firma (di tutti coloro che sottoscrivono)