



ASSOCIAZIONE  
NAZIONALE  
FAIP COUNSELING

**CONSENSO INFORMATO ALLA RELAZIONE DI AIUTO PER MINORI**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Counselor Professionista ai sensi della Legge 14/01/2013 nr. 4,  
iscritt \_\_\_ al Registro Nazionale dei Counselors FAIP COUNSELING al nr. \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
fornisce le seguenti informazioni a \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
in qualità di esercent \_\_\_ la potestà genitoriale:

A) Gli incontri per la relazione di aiuto saranno resi presso \_\_\_\_\_ in locali  
siti in \_\_\_\_\_

Tali incontri di relazione di aiuto saranno finalizzati a \_\_\_\_\_

B) Gli incontri della relazione di aiuto, sebbene non definibile nel suo complesso a priori,  
avranno una durata prevedibile di n. \_\_\_\_\_ sedute.

C) Gli incontri della relazione di aiuto potrebbero in alcuni casi rivelarsi inefficaci e non in  
grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista informare  
adeguatamente l'/gli esercent \_\_\_ la potestà e valutare se proporre la prosecuzione degli  
incontri, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi o se interromperli.

2013 © FAIP COUNSELING

Sede Legale: Grosseto, via Dei Barberi n. 106  
Partita IVA: 10477031008 – Cod. Fisc. 97132410586;  
Cell. +39 334 6824099

[info@faipnet.com](mailto:info@faipnet.com) – [presidenza@faipnet.com](mailto:presidenza@faipnet.com) – [faipcounseling@pec.net](mailto:faipcounseling@pec.net)





---

## ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAIP COUNSELING

---

D) In qualunque momento il/i genitor\_\_ esercent\_\_ la potestà del minore potr\_\_\_\_\_ interrompere gli incontri di relazione di aiuto de\_\_ minor\_\_\_\_  
Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, avrà cura di comunicare al Counselor \_\_\_\_\_ la volontà di interruzione, rendendosi comunque disponibile a far effettuare un ultimo incontro, finalizzato alla sintesi degli incontri svolti fino ad allora.

E) In qualunque momento il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di Counselor Trainer Professionista, potrà interrompere gli incontri della relazione di aiuto per necessità e/o impedimento personale, o per esigenze relative alla relazione di aiuto medesima.

F) Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di Counselor Professionista, qualora lo ritenga opportuno potrà consigliare al genitore de\_\_ minor\_\_\_\_ l'intervento di uno specialista o, se lo ritiene necessario, potrà consigliare di rivolgersi ad uno specialista medico sia per patologie organiche, sia per terapie psicofarmacologiche.

G) Il Counselor Trainer Professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico dell'Associazione cui è iscritto, a disposizione de\_\_ genitor\_\_ per la consultazione. Ha l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo per ordine dell'Autorità Giudiziaria o previo valido e dimostrabile consenso del Cliente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale.

H) Il compenso degli incontri di relazione di aiuto, tenendo conto della tipologia degli incontri stessi, è stato preventivamente comunicato a\_\_ genitor\_\_ de\_\_ minor\_\_\_\_  
Dopo colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data \_\_\_\_\_

2013 © FAIP COUNSELING

Sede Legale: Grosseto, via Dei Barberi n. 106  
Partita IVA: 10477031008 – Cod. Fisc. 97132410586;  
Cell. +39 334 6824099

[info@faipnet.com](mailto:info@faipnet.com) – [presidenza@faipnet.com](mailto:presidenza@faipnet.com) – [faipcounseling@pec.net](mailto:faipcounseling@pec.net)





---

ASSOCIAZIONE  
NAZIONALE  
FAIP COUNSELING

---

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, si invita \_\_\_ i/il genitor \_\_\_ de \_\_\_ minor \_\_\_ a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
genitor \_\_\_ esercent \_\_\_ la potestà genitoriale de \_\_\_ minor \_\_\_  
\_\_\_\_\_ letto attentamente quanto riportato  
nella presente informativa, dichiara \_\_\_ di aver compreso quanto spiegato dal  
Professionista e quanto sopra riportato.

Pertanto, con piena consapevolezza, \_\_\_\_\_ in virtù della potestà  
genitoriale, presta \_\_\_ il suo/loro consenso affinché il/la minor \_\_\_ si avvalga \_\_\_ degli  
incontri di relazione di aiuto del Counselor Professionista Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_ come sopra indicat \_\_\_  
accettandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del Counselor Professionista:

---

Firma dell'/degli esercente/esercenti la potestà:

---

---

2013 © FAIP COUNSELING

Sede Legale: Grosseto, via Dei Barberi n. 106  
Partita IVA: 10477031008 – Cod. Fisc. 97132410586;  
Cell. +39 334 6824099

[info@faipnet.com](mailto:info@faipnet.com) – [presidenza@faipnet.com](mailto:presidenza@faipnet.com) – [faipcounseling@pec.net](mailto:faipcounseling@pec.net)

