

PACCHETTO FAMIGLIA CADIPROF

ATTESTAZIONE DEL PROFESSIONISTA PER IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO

Con la presente,

la/il Dott.ssa/Dott. Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Psicologa/o Psicoterapeuta

con iscrizione n. _____ all'Albo degli Psicologi della Regione _____,

dichiara che

la Sig.ra/il Sig. Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____, ha attivato un percorso di consulenza psicologica

In merito alla seguente area (barrare la voce corrispondente):

AREE D'INTERVENTO per l'iscritto

- Supporto relativo all'ambito lavorativo
- Disturbi, Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi
- Sostegno relativo a momenti di criticità della vita
- Sostegno alla genitorialità
- Problematiche familiari e di coppia

AREE D'INTERVENTO per i figli di età inferiore ai 18 anni

- Criticità dell'età evolutiva
- Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi
- Problematiche familiari
- Disturbi* (apprendimento e neurosviluppo; nutrizione e alimentazione; umore; ansia; ossessivo-compulsivo; schizofrenia/psicosi; somatici; comportamento; personalità; neurocognitivi; sonno/veglia)

*Fino al 31/12/2024 è riconosciuto il rimborso per la consulenza psicologica dei figli solo per i disturbi dell'apprendimento e neurosviluppo

Data _____

Firma _____