**Dr. Alberto D’ORSO - cell. 347/97.08.420** **Dr.ssa Sara GIOMO – cell. 338/18.60.936**

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni Psicologa Clinica e di Comunità

*Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d’aiuto Sessuologa clinica, Agevolatore nella relazione d’aiuto Psicologo Giuridico, Mediatore Familiare Psicologa Giuridica, Mediatore Civile Professionale*

*Psicoterapeuta ad indirizzo strategico Psicoterapeuta ad indirizzo strategica*

*Esperto in dipendenze, Ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness Esperta in dipendenze, Ipnosi e T.A.*

*Conduttore Gruppi di Parola Consulente in Psicologia scolastica e dell’inclusione sociale*

*Consulente in Psicologia Evolutiva, Scolastica e dello Sport Esperta in gestione del personale e progettazione europea*

*Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia del Benessere e della Nutrizione*

*mail:* *albertodorso@gmail.com* *mail:* *saragiomo@gmail.com*

*PEC: albertodorso@psypec.it PEC:* *saragiomo@psypec.it*

*Dom. fisc. Via G. Ambrosini n.14 – ANZIO Dom. fisc. Via degli Etruschi n.13 – ANZIO*

****MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER MINORENNI**

I sottoscritti

sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre)

e sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola

* del Liceo di Scienze Applicate
* del Liceo di Scienze Umane
* dell’Istituto Tecnico Amministrazione, Finanza e Marketing

**dell’Istituto di Istruzione Superiore paritario “Paolo Segneri” di NETTUNO (sede Via Puglie n. 62/64), nell’A.S. 2023/24**

**AUTORIZZANO (barrare la/e casella/e scelte)**

* *il/la proprio/a figlio/a ai colloqui che lo/a stesso/a potrà effettuare in forma individuale durante l’orario scolastico od extra-scolastico presso lo sportello di ascolto e consulenza psicologica attivato all’interno della scuola con gli Psicologi, dott. Alberto D’ORSO e dr.ssa Sara GIOMO, in presenza oppure in modalità da remoto. Si dichiarano resi edotti che i minori di anni 16 NON possono accedere alle piattaforme on-line se non in presenza di un esercente la potestà genitoriale o un loro delegato che ne curi la vigilanza per l’accesso alle modalità web/on-line che rimangono comunque sotto la diretta responsabilità dei tutori. Gli adulti di riferimento si impegnano a rispettare la privacy, utilizzando in modo consapevole e corretto le piattaforme social-web, rispettando la riservatezza dei dati ed impedendo accessi non autorizzati a terzi e/o registrazioni audio-video di alcun genere;*
* *il/la proprio/a figlio/a alla partecipazione degli incontri di consulenza psicologica di gruppo per la classe con il dr. Alberto D’ORSO e/o la dr.ssa Sara GIOMO, resi edotti che tali incontri NON hanno valenza psicoterapeutica, ma solo di prevenzione e supporto psicologico e che si potranno svolgere in presenza o in modalità on-line secondo le piattaforme di uso più comune (Google Meet);*
* *il dr. Alberto D’Orso e la dr.ssa Sara GIOMO, in qualità di psicologi, alla consulenza per loro stessi (genitori) nei colloqui che potranno svolgere (singolarmente o in coppia) sia in presenza che in modalità da remoto con le stesse regole di cui sopra.*

*Esprimono altresì il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli aarrtt. 13 e 14 del DGPR (Regolamento UE 2016/679) in ottemperanza al D.Lgs. 101 del 10/08/2018, ivi compreso lo scambio di informazioni anamnestiche, diagnostiche e di intervento, per aver utilizzato la loro consulenza nell’ambito dello sportello psicologico di cui sopra ed alla trasmissione dei propri nominativi alla Segreteria/Direzione Didattica per gli adempimenti amministrativi.*

***Mail*** *per link di accesso* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Telefoni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Il modulo di autorizzazione all’attività DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO DA ENTRAMBI I GENITORI!*

***In caso di unica firma, il firmatario si assume la responsabilità di dichiararsi unico esercente la responsabilità genitoriale.***

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\* Occorre la firma del minore già quattordicenne ai sensi della vigente normativa sul diritto dei minori emancipati all’espressione del loro consenso.**

*Si allegano copie dei documenti di identità in corso di validità degli esercenti la responsabilità genitoriale e del minore che abbia già compiuto 14 anni.*