

**Dr. Alberto D'ORSO - cell. 347/97.08.420**

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni  
*Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d'aiuto*  
*Psicologo Giuridico, Mediatore Familiare*  
*Psicoterapeuta ad indirizzo strategico*  
*Esperto in dipendenze, Ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness*  
*Conduttore Gruppi di Parola*  
*Consulente in Psicologia Evolutiva, Scolastica e dello Sport*  
*Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia del Benessere e della Nutrizione*  
*mail: [albertodorso@gmail.com](mailto:albertodorso@gmail.com)*  
*PEC: [albertodorso@psypec.it](mailto:albertodorso@psypec.it)*  
*Dom. fisc. Via G. Ambrosini n.14 – ANZIO*

**Dr.ssa Sara GIOMO – cell. 338/18.60.936**

Psicologa Clinica e di Comunità  
*Sessuologa clinica, Agevolatore nella relazione d'aiuto*  
*Psicologa Giuridica, Mediatore Civile Professionale*  
*Psicoterapeuta ad indirizzo strategica*  
*Esperta in dipendenze, Ipnosi e T.A.*  
*Consulente in Psicologia scolastica e dell'inclusione sociale*  
*Esperta in gestione del personale e progettazione europea*  
*mail: [saragiomo@gmail.com](mailto:saragiomo@gmail.com)*  
*PEC: [saragiomo@psypec.it](mailto:saragiomo@psypec.it)*  
*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. 2024/25**

**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 artt. 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.*