



Dr. Alberto D'Orso

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni

Psicoterapeuta ad indirizzo strategico, esperto in trattamento delle dipendenze, ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness
Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d'aiuto individuale e di coppia

Psicologo Giuridico abilitato alle perizie in ambito civile e penale, Mediatore Familiare ad approccio sistemico
formato in Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia della Salute e della Nutrizione, Floriterapia di Bach
Conduttore Gruppi di Parola, consulente in Psicologia dell'Età Evolutiva, Psicologia Scolastica e dello Sport

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER GENITORI

I sottoscritti

sig. _____ (padre)

e sig.ra _____ (madre)

del/la minore _____

nato/a il _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola

- dell'infanzia (*indicare il plesso*) _____
- primaria (*indicare il plesso*) _____
- secondaria di primo grado (*indicare il plesso*) _____

dell'Istituto Comprensivo "Garibaldi" di APRILA (sede centrale scuola "Menotti Garibaldi" in Via Enrico Fermi n. 24), nell'A.S. 2025/26

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 (ovvero accompagnato da un insegnante o da un genitore) presso lo sportello di ascolto e consulenza psicologica attivato all'interno della scuola con lo Psicologo, dott. Alberto D'ORSO, in presenza oppure in modalità da remoto. Si dichiarano resi edotti che i minori di anni 8 NON possono accedere alle piattaforme on-line se non in presenza di un esercente la potestà genitoriale o un loro delegato e che anche per i minori di anni 16 la vigilanza per l'accesso alle modalità web/on-line sono 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, 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);*

Studio di Psicologia e Sessuologia Via Lombardia n. 37 - 00042 ANZIO (RM)

Domicilio Fiscale Via Gaspare Ambrosini n. 14 - 00042 ANZIO (RM) Cell. 347/97.08.420

www.psicologiesessuologi.it mail: albertodorso@gmail.com PEC albertodorso@psypec.it

Iscr. Ordine degli Psicologi del Lazio N. 9051 del 19.04.2000 - Iscr. Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica N. A345/2014 del 30.09.2014

Certificazione Europea di Psicologia in Italia n.79 del 20.03.2009 - Codice Fiscale DRS LRT 73S05 A323 F - P.IVA 12827171005



Dr. Alberto D'Orso

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni

Psicoterapeuta ad indirizzo strategico, esperto in trattamento delle dipendenze, ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness
Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d'aiuto individuale e di coppia

Psicologo Giuridico abilitato alle perizie in ambito civile e penale, Mediatore Familiare ad approccio sistemico
formato in Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia della Salute e della Nutrizione, Floriterapia di Bach
Conduttore Gruppi di Parola, consulente in Psicologia dell'Età Evolutiva, Psicologia Scolastica e dello Sport

- *il/la proprio/a figlio/a alla visione dei video-tutorial prodotti dallo stesso Psicologo relativi all'educazione socio-affettiva, alimentare, alla legalità, ecc. proiettati in classe dagli insegnanti;*
- *Il dr. Alberto D'Orso, in qualità di psicologo 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 dell'art. 13 del GDPR (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 sua 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 il 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.