



**Dott. 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*

**Studio di Psicologia e Sessuologia P.zza Raffaele Palomba n. 2 – 00042 ANZIO (RM)**

Domicilio Fiscale Via G. Ambrosini n. 14 – 00042 ANZIO (RM)

[www.psicologiesessuologi.it](http://www.psicologiesessuologi.it) Cell. 347/97.08.420 mail: [albertodorso@gmail.com](mailto:albertodorso@gmail.com) PEC [albertodorso@psypec.it](mailto:albertodorso@psypec.it)

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PERSONALE SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

impiegato (come docente, applicato di segreteria, collaboratore scolastico, OEPA)  
presso la 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. 2024/25**

**AUTORIZZA**

- Il dr. Alberto D'Orso, in qualità di psicologo alla consulenza nei colloqui che si potranno svolgere sia in presenza che in modalità da remoto. Si impegnano a tal proposito 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;*

*Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 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 sua consulenza nell'ambito dello sportello psicologico di cui sopra e la trasmissione del proprio nominativi alla Segreteria/Direzione Didattica per gli adempimenti amministrativi.*

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

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

*Si allega copia del documento di identità in corso di validità.*

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