



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 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. 2025/26

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 _____

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