



Dott. Alberto D'ORSO – Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni

Consulente in Psicoterapia ad indirizzo strategico, esperto in trattamento delle dipendenze e Training Autogeno

Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d'aiuto individuale e di coppia, Mediatore Familiare

Psicologo Giuridico abilitato alle perizie in ambito civile e penale

Formato in Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia della Salute e della nutrizione, Floriterapia di Bach

Consulente 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 Cell. 347/97.08.420 mail: albertodorso@gmail.com PEC albertodorso@psypec.it

MODULO DI CONSENSO 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 "Arturo TOSCANINI" di APRILA (sede centrale Via
Amburgo n. 5), nell'A.S. 2020/21

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 (come da vigente normativa per le limitazioni imposte dall'emergenza sanitaria pandemica da SARS-CoV2). 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 _____