**Dr. Alberto D’ORSO - cell. 347/97.08.420** **Dr.ssa Sara GIOMO – cell. 338/18.60.936**

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni Psicologa Clinica e di Comunità

*Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d’aiuto Sessuologa clinica, Agevolatore nella relazione d’aiuto Psicologo Giuridico, Mediatore Familiare Psicologa Giuridica, Mediatore Civile Professionale*

*Psicoterapeuta ad indirizzo strategico Psicoterapeuta ad indirizzo strategica*

*Esperto in dipendenze, Ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness Esperta in dipendenze, Ipnosi e T.A.*

*Conduttore Gruppi di Parola Consulente in Psicologia scolastica e dell’inclusione sociale*

*Consulente in Psicologia Evolutiva, Scolastica e dello Sport Esperta in gestione del personale e progettazione europea*

*Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia del Benessere e della Nutrizione*

*mail:* *albertodorso@gmail.com* *mail:* *saragiomo@gmail.com*

*PEC: albertodorso@psypec.it PEC:* *saragiomo@psypec.it*

*Dom. fisc. Via G. Ambrosini n.14 – ANZIO Dom. fisc. Via degli Etruschi n.13 – ANZIO*

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER ADULTI**

Il/La sottoscritto/a

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

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* GENITORE di studente frequentante
* STUDENTE MAGGIORENNE frequentante
* DOCENTE presso

**l’Istituto di Istruzione Superiore paritario “Paolo Segneri” di NETTUNO (sede Via Puglie n. 62/64), nell’A.S. 2023/24** nell’indirizzo di studio

* Liceo di Scienze Applicate
* Liceo di Scienze Umane
* Istituto Tecnico Amministrazione, Finanza e Marketing

**AUTORIZZA (barrare la/e casella/e scelta/e)**

* *Il dr. Alberto D’Orso e la dr.ssa Sara GIOMO, in qualità di psicologi, 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;*
* *Il dr. Alberto D’Orso e la dr.ssa Sara GIOMO, in qualità di psicologi, alla consulenza negli incontri di gruppo che si potranno svolgere in classe durante l’orario scolastico, reso edotto che tali incontri NON hanno valenza psicoterapeutica, ma solo di prevenzione e supporto psicologico.*

*Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli aarrtt. 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 e la trasmissione del proprio nominativo alla Segreteria/Direzione Didattica per gli adempimenti amministrativi.*

***Mail*** *link di accesso* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

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

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