

Dr. Alberto D'ORSO - cell. 347/97.08.420

Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni
Sessuologo clinico, Agevolatore nella relazione d'aiuto
Psicologo Giuridico, Mediatore Familiare
Psicoterapeuta ad indirizzo strategico
Esperto in dipendenze, Ipnosi, E.M.D.R., Training Autogeno e Mindfulness
Conduttore Gruppi di Parola
Consulente in Psicologia Evolutiva, Scolastica e dello Sport
Psicocardiologia, Psiconcologia, Psicologia del Benessere e della Nutrizione
mail: albertodorso@gmail.com
PEC: albertodorso@psypec.it
Dom. fisc. Via G. Ambrosini n.14 – ANZIO

Dr.ssa Sara GIOMO – cell. 338/18.60.936

Psicologa Clinica e di Comunità
Sessuologa clinica, Agevolatore nella relazione d'aiuto
Psicologa Giuridica, Mediatore Civile Professionale
Psicoterapeuta ad indirizzo strategica
Esperta in dipendenze, Ipnosi e T.A.
Consulente in Psicologia scolastica e dell'inclusione sociale
Esperta in gestione del personale e progettazione europea
mail: saragiomo@gmail.com
PEC: saragiomo@psypec.it
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

I'Istituto di Istruzione Superiore paritario "Paolo Segneri" di NETTUNO (sede Via Puglie n. 62/64), nell'A.S. 2024/25 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 artt. 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