

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016
“Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”
Dott.ssa Carla Ciamarra
Psicoterapeuta Funzionale

Io sottoscritto.....nato a.....
il e residente a..... Via/Piazza
.....C.F.
identificato mediante documento.....N.....Rilasciato
da.....il.....
recapito telefonico

E

Io sottoscritta.....nata a.....
il e residente a..... Via/Piazza
.....C.F.
identificato mediante documento.....N.....Rilasciato
da.....il.....
recapito telefonico

Rispettivamente PADRE e MADRE del minore:
(Nome e Cognome)

.....
nato/a a il.....

Siamo informati che:

- La prestazione che verrà offerta consisterà in consulenze psicologiche volte a potenziare il benessere psicologico del minore;
- La prestazione professionale è resa nel rispetto del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”;
- I dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, ivi compresi i dati sensibili e GDPR679/2016;
- Il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l’espletamento delle finalità legate alla consulenza e alla rilevazione dei bisogni;
- Titolare del trattamento dei dati è la Dott.ssa Carla Ciamarra
- Responsabile del trattamento dei dati è la Dott.ssa Carla Ciamarra

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (art.23 D.Lgs. 196/2003 e GDPR 679/2016)

I sottoscritti, in qualità di genitori del minore, presa integrale visione della presente informativa, attestano il loro libero consenso affinché i Titolari e responsabili procedano al trattamento dei suoi dati personali solamente per le finalità riportate nell’informativa medesima.

Luogo e data.....

Si, aderisco

No, non aderisco

Firma del padre *

Firma della madre*

* è necessaria la firma di entrambi i genitori