

FACSIMILE

Consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali

Mi dichiaro informato/a che gli incontri con il Sig./Dr. (nome, cognome e Cod. Fis. del counselor), iscritto al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co. al N° _____ dal _____ e assicurato/a per responsabilità professionale con Polizza n° _____ (inserire numero e nome della compagnia assicurativa), si configurano in un rapporto professionale di Counseling, fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale.

Durante gli incontri di Counseling non saranno effettuate cure mediche, né psicologiche, né tanto meno ristrutturazioni della personalità o diagnosi, come non saranno somministrati test psicologici riservati alla professione dello psicologo.

Si ribadisce che gli incontri di counseling non hanno finalità terapeutiche, di cura o diagnosi riservati allo psicologo, allo psicoterapeuta, al medico generico o allo psichiatra.

Sono consapevole che qualora il Sig. /Dr. (nome e cognome del counselor), rilevasse la necessità di un intervento più specifico per la mia persona mi indirizzerà a figure professionali di riferimento specializzate.

Inoltre sono consapevole che i miei dati personali e ogni tipo di informazione sulla mia persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.6.2003, n.196.

Io sottoscritto _____ (dati cliente) Cod. Fisc. _____ (dati cliente)

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona.

Data _____ Firma _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n° 196 "Codice in materia del trattamento dei dati personali"

I dati personali sono raccolti per le finalità specifiche dell'intervento di counseling.

Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di strumenti cartacei, informatici e telematici.

Potranno accedere, e quindi venire a conoscenza dei suoi dati, esclusivamente i soggetti autorizzati quali ad esempio gli incaricati dell'area amministrativa contabile per i dati anagrafici, gli addetti alla gestione e manutenzione dei sistemi informatici per tutti i dati.

In ogni momento è sua facoltà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30.6.2003 che può essere consultato, unitamente a tutta la normativa, sul sito www.garanteprivacy.it

Responsabilità del trattamento è _____ (nome e cognome del counselor)

Letta e compresa in ogni sua parte l'informativa, confermo il mio consenso.

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____

madre del minore _____

nata a _____ il ___/___/___

e residente a _____

in via/piazza _____ n _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Sig./Dr _____ come sopra descritte.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

MINORENNI

Il Sig. _____

padre del minorenne _____

nato a _____ il ___/___/___

e residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali Sig./Dr _____ come sopra descritte.

Luogo e data

Firma del padre