

Consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto _____
Nome e cognome cliente _____ Codice Fiscale cliente _____

dichiaro di essere stato informato/a che gli incontri con il/la Sig./Dr. _____
CF _____ iscritto/a al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co.
al N° _____ dal _____ e assicurato/a per responsabilità civile
professionale con Polizza n° 2362/65/174648180 UnipolSai Assicurazioni S.p.a. e si configurano in un rapporto
professionale di Counseling, fondato sulla relazione interpersonale.

Sono consapevole, quindi, che qualora il counselor rilevasse la necessità di un intervento diverso ed utile per la
mia persona mi indirizzerà a figure professionali di riferimento.

Inoltre sono consapevole che i miei dati personali e ogni tipo di informazione sulla mia persona verrà trattata
secondo quanto previsto dal D.L. 30.6.2003, n.196 e Regolamento Privacy Europeo (RGPD) n.° 679/2016.

Il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona

Data _____ Firma _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e Regolamento Privacy Europeo (RGPD)n.° 679/2016 “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.L. 30.6.2003 e Regolamento Privacy Europeo
(RGPD) n.° 679/2016 che può essere consultato, unitamente a tutta la normativa, sul sito www.garanteprivacy.it

Responsabile del trattamento è _____

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

Data _____ Firma _____

IN CASO DI MINORE

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale e che l'altro genitore è informato.

Dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali sopra descritte.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____