

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI e CONSENSO ALLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a: _____, Prov. (____), il ____/____/____

Residente a: _____ CAP _____

Via _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

&

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a: _____, Prov. (____), il ____/____/____

Residente a: _____ CAP _____

Via _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

nella mia/nostra piena capacità di intendere e di volere e senza alcuna forma di condizionamento o coercizione, quindi in grado di operare una scelta libera e cosciente nel manifestare il consenso al trattamento dei dati personali e particolari, dichiaro/dichiariamo di avere ricevuto, letto e compreso tutte le indicazioni contenute nell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del REG. UE 2016/679679 (consegnata e affissa presso la bacheca della struttura), in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG. UE 2016/679 e dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati, come di seguito specificati:

esprimo/esprimiamo il consenso NON esprimo/esprimiamo il consenso al trattamento dei miei/nostri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati (quali ad esempio certificati medici, dati sanitari, genetici, giudiziari, ecc.) per finalità indicate nell'informativa separata di cui sopra e comunque per le finalità diverse, purché compatibili, strettamente connesse e strumentali all'espletamento della prestazione intercorrente tra le parti.

esprimo/esprimiamo il consenso NON esprimo/esprimiamo il consenso alla comunicazione dei miei/nostri dati personali a terzi, quali enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa e comunque per le finalità diverse, purché compatibili, e strettamente connesse e collegate alla gestione del rapporto contrattuale intercorrente tra le parti.

dichiaro/dichiariamo di avere ricevuto, letto e compreso tutte le indicazioni contenute nell'informativa "PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA" in relazione a fini e modalità della stessa e di esprimere il proprio consenso alla prestazione suindicata.

..... ,

Firma _____

Firma _____

IN CASO DI MINORI

PADRE

Io sottoscritto _____

Nato a: _____, Prov. (____), il ____/____/____

CERTIFICA DI ESSERE esercente la:

- Responsabilità genitoriale del minore
- Responsabilità tutoriale del minore

ALUNNO/A

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____, il _____

e di esercitare la responsabilità genitoriale/tutoriale:

- singolarmente
- congiuntamente all'altro genitore/ all'altro tutor:

MADRE

Cognome e Nome _____

Nata a _____, il _____

esprimo/esprimiamo il consenso NON esprimo/esprimiamo il consenso al trattamento dei dati personali e particolari del minore, per le finalità indicate nell'informativa separata di cui sopra e comunque per le finalità strettamente connesse e strumentali all'espletamento della prestazione intercorrente tra le parti.

esprimo/esprimiamo il consenso NON esprimo/esprimiamo il consenso alla partecipazione agli incontri/interventi che verranno organizzati nel corso dell'anno dagli psicologi, anche direttamente nelle classi in piccoli gruppi, in presenza degli insegnanti e dei bambini.

..... ,

Firma _____

Firma _____

AI MERI FINI INFORMATIVI SI RICORDA CHE:

1) l'interessato può revocare in qualsiasi momento il sopra indicato consenso ai sensi dell'art. 7, comma 3, norma che espressamente prevede che: "L'interessato ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Prima di prestare il proprio consenso, l'interessato è informato di ciò. Il consenso è revocato con la stessa facilità con cui è accordato."