

Iscrizione Laboratorio di Mindfulness e tecniche integrative

La/ilsottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, email _____
recapito cellulare _____ iscrivendosi al laboratorio di
“Mindfulness e tecniche integrative” condotto dalla dott.ssa Rizzi Sara, tel. 3291751223; PEC
s.rizzi@psypec.it; Email s.rizzi.psico@gmail.com, iscritta all’Albo degli Psicologi del Piemonte
n°8636;

attesta di essere informato, e altresì consente ai seguenti punti:

- **consenso informato alla privacy:** i dati personali del soggetto verranno salvati su dispositivi cartacei e/o digitali, nel rispetto della vigente normativa GDPR e D.Lgs. 101/2018, opportunamente protetti e anonimizzati, e utilizzati per l’erogazione del servizio (emissione fatture, contatti...). Sono ad uso personale esclusivo della dott.ssa Rizzi e nessun caso saranno ceduti a terze parti.

- **prestazione professionale sanitaria:** la prestazione è finalizzata ad attività professionali di prevenzione, promozione e tutela della salute e del benessere dell’utente. Tutte le attività sono proposte ai sensi dell’art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018); La dott.ssa Rizzi Sara è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Cassa Mutua Assistenza tra gli Psicologi Italiani n. 500216747.

- **consenso informato al trattamento:** sono a discrezione della dott.ssa Rizzi:

- contenuti, modalità e tempistiche del programma
- l’eventuale non ammissione al gruppo/allontanamento di un soggetto per comportamenti gravi/non consoni al contesto
- la sospensione del Laboratorio per cause di forza maggiore (ad es. Decreti Ministeriali per stati di emergenza nazionale).

La dott.ssa Rizzi declina inoltre ogni ragionevole responsabilità circa la riuscita del trattamento nei sensi e negli obiettivi personali del soggetto utente; in caso di recesso da parte del soggetto utente, non sono previsti rimborsi o indennità e le eventuali fatture insolute saranno trattate secondo l’iter previsto dalla normativa vigente.

Compenso e modalità di pagamento della prestazione sono da considerarsi **come da accordi orali** tra le parti. Il presente documento si ritiene valido per la prima prestazione e tacitamente rinnovato per le eventuali successive partecipazioni al Laboratorio.

Per l’invio all’**Agenzia delle Entrate** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata:

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data

Torino, 1/09/2022

Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista
