

Iscrizione Laboratorio di Journaling Terapeutico

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____, iscrivendosi al laboratorio di
"Journaling Terapeutico" condotto dalla dott.ssa Rizzi Sara, via E. Bava 38 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);
- **consenso informato al trattamento:** sono a discrezione della dott.ssa Rizzi:
 - contenuti, modalità e tempistiche del programma;
 - l'eventuale non ammissione al gruppo o allontanamento di un soggetto per comportamenti gravi e/o non consoni al contesto, lesivi per la privacy o per la dignità altrui e inficcienti la buona riuscita delle attività; in caso di questo provvedimento, comunque considerato estremo e non desiderabile, non sono previsti rimborsi per gli incontri non frequentati.

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 circa la riscossione crediti.

Compenso e modalità di pagamento della prestazione sono da considerarsi **come da accordi orali e scritti** 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, 1/11/2020

Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista
