

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____

Presa visione dell'istituzione dello Sportello di Ascolto Psicologico,

DICHIARA

di accettare gli incontri individuali con la psicologa Dott.ssa _____

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,
"Codice in materia di protezione dei dati personali",

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE ALLA RACCOLTA E AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI

SENSIBILI NECESSARI PER L'ACCESSO ALLE ATTIVITÀ DELLO

SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO.

Data ____/____/____

FIRMA
