

Modulo di Iscrizione

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____, residente in via _____

Nel comune di _____ CAP _____

Codice fiscale _____

recapito telefonico _____

E mail _____

CHIEDE

di partecipare al corso/Training/Laboratorio di..... nei giorni diorganizzato da Giulia Ghiotto, presso la piattaforma www.giuliaghiotto.it. Il corso si svolgerà online, avrà la durata dell'abbonamento prescelto dal sottoscritto per un totale diincontri. Il corso partirà da un minimo di 1 persona. Gli abbonamenti previsti per l'anno 2020 sono: Basic 8 Incontri a 56,99€, Premium 16 incontri a 106,99€ e Advanced 24 a 144,99 €. Gli incontri potranno essere seguiti entro i 12 mesi dall'iscrizione. Non ci sono altri costi di iscrizione.

Il/la sottoscritto/a..... allega al presente Modulo di Iscrizione:

Copia del documento di identità in corso di validità

Dichiarazione Privacy firmata in originale.

1. Condizioni Generali

Il Corso è organizzato ed erogato della Dott.ssa Giulia Ghiotto che mette a disposizione degli iscritti l'ambiente e-learning per le lezioni a distanza.

2. Iscrizioni

Il presente Modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato all'indirizzo di posta elettronica di seguito in elenco:

Info@giuliaghiotto.it

Altre notizie potranno essere date sul seguente sito:

www.giuliaghiotto.it

Luogo e data

Firma

Allegato Privacy

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente Vi informiamo che, il Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation) e il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) hanno introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili. Secondo la suddetta normativa, il trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti.

1. Finalità del trattamento. La base giuridica del trattamento si fonda sul Suo Consenso manifestamente espresso per l'esecuzione delle prestazioni professionali sanitarie strettamente inerenti l'attività di Psicologo. I Suoi dati personali, i suoi dati sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio, e con ciò senza limitare: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, registrazioni audio e/o video, appunti personali dello professionista) possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

In particolare, i suoi dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti funzionali volti all'esplicitamento delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto;
- b) per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
- c) per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
- d) per l'insegnamento a psicologi e studenti di corsi di laurea in psicologia, le intervizioni e supervisioni cliniche, tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona;
- e) per eventuali presentazioni scientifiche o le pubblicazioni nelle riviste a carattere scientifico, previa ulteriore autorizzazione e tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona.
- f) per gestire come dato aggregato statistiche di tipo scientifico, organizzative o contabili;
- g) per sottoporvi, in futuro, informazioni e/o inviarvi documentazione (per posta o per e-mail) relativamente all'attività professionale.

2. Modalità del trattamento. Il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione (crittografia, autenticazione di accesso, armadio di sicurezza...), e con particolare tutela ex. Art.9 GDPR dei dati sensibili di natura sanitaria e/o relativi a minori.

3. Natura obbligatoria o facoltative del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati da parte sua è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà strutturalmente possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

4. Comunicazione dei dati a terzi. I suoi dati saranno trattati dalla scrivente in qualità di Titolare, e dagli eventuali Responsabili del trattamento da me nominati e dagli incaricati del trattamento strettamente autorizzati, in ogni caso attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I suoi dati personali saranno da me trattati limitatamente al perseguimento degli scopi di cui all'incarico professionale conferitomi, e non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti terzi, fatta eccezione per:

- a) Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti;
- b) società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria.
- c) terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione (Google, Dropbox, Skype...) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es., files cifrati in cloud).
- d) a seguito di ispezioni o verifiche, organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge.

5. Periodo di conservazione dei dati. I dati saranno conservati in maniera sicura per il tempo necessario ad adempiere alle finalità suddette, e per non oltre cinque anni dalla cessazione del rapporto professionale (come da indicazione Codice Deontologico, art.17).

6. Diritto di accesso ai dati e altri diritti dell'interessato. Lei ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei suoi dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Lei può di esercitare il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo. Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, lei ha il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione di trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.

7. Modalità di esercizio dei diritti. I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati, Dr.ssa. Giulia Ghiotto con domicilio fiscale a Vicenza, reperibile al numero di studio 345/8703330, email: info@giuliaghiotto.it PEC: giulia.ghiotto@pecpsyveneto.it.

8. Altre specificazioni ai sensi del GDPR: Il titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto di dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non sono utilizzati in nessun processo monitoraggio su larga scala. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (ex art. 23 D.Lgs. 196/2003)

Il/la sottoscritto/a, presa integrale visione della presente informativa e del Consenso Informato, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito al Dr.ssa Giulia Ghiotto, in particolare per le finalità riportate al punto 1 dell'informativa sul Trattamento dei Dati.

Luogo, li

Firma

.....

Acconsento a ricevere newsletter o altre informazioni sulle prossime attività di Giulia Ghiotto

SI NO

Firma

.....