



CONSENSO E OBBLIGO DI RISERVATEZZA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA di aver preso visione e compreso le Informazioni sul trattamento dei dati personali per consulenza e sostegno psicologico nei gruppi di auto aiuto e conseguentemente

AUTORIZZA
il trattamento dei dati personali

NON AUTORIZZA

SI IMPEGNA A

- garantire e osservare la massima riservatezza nei confronti delle informazioni di qualsiasi natura conosciute o acquisite, direttamente o indirettamente, durante la partecipazione agli incontri dei gruppi di auto aiuto;
- non portare conoscenza di terzi, divulgare, comunicare, copiare e/o riprodurre in alcun modo, documenti, informazioni e dati personali, sia di tipo comune che appartenenti alle categorie particolari di dati (c.d. dati sensibili, ad esempio dati relativi alla salute);
- non acquisire tramite dispositivi personali (ad es. smartphone o tablet) le informazioni emerse nei gruppi di auto aiuto, né diffonderle, anche attraverso il ricorso a sistemi di comunicazione digitale (tipo social network o messaggistica).

Luogo e data:

_____ (firma leggibile)