



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 la partecipazione ai gruppi di riabilitazione logopedica;

☐ AUTORIZZA

☐ NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali;

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 riabilitazione logopedica;
- non portare a 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 riabilitazione logopedica, né diffonderle, anche attraverso il ricorso a sistemi di comunicazione digitale (tipo social network o messaggistica).

Luogo e data:

_____(firma leggibile)