

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai Sig.ri utenti.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Depositato c/o l'operatore tirocinante o Professionista non Organizzato in Ordini o Collegi (L. 4/2013):

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati dell'utente:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N.° \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

TEL. \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Gentile utente,

per poter partecipare al TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE, la informiamo che lei dovrà essere edotto in merito alla Tecnica Cranio-Sacrale. L'informazione le sarà data dall'operatore preposto ad effettuare il trattamento (*nome dell'operatore* \_\_\_\_\_). L'operatore che effettuerà il trattamento garantisce l'applicazione di TECNICA CRANIO-SACRALE e RILASCIO SOMATO-EMOZIONALE UPLEDGER. Quindi le verrà chiesto in sede e prima di dar luogo al trattamento, di firmare oltre che a questa liberatoria per l'autorizzazione al trattamento dei suoi dati, in base alla informativa sulla Privacy [aggiornata ai sensi dell'Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016 (c.d. "GDPR")], anche un allegato di CONSENSO INFORMATO.

Sappia che i suoi dati sono utilizzati esclusivamente per svolgere le attività necessarie alle valutazioni e alle applicazioni cranio-sacrali, o comunque per prestazioni che rientrano nelle Tecniche del benessere, per le quali l'operatore TIROCINANTE o Professionista non Organizzato in Ordini o Collegi è qualificato (ai sensi della Legge 4/2013) ed ha ricevuto il vostro consenso a procedere.

I dati trattati sono quelli forniti da lei stesso/a, o acquisiti altrove ma con il suo consenso (ad esempio in caso di comunicazioni fornite dal suo medico curante).

In caso di uso di mezzi informatici, verranno adottate misure di prevenzione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati, anche da par te di altri collaboratori e/o addetti al trattamento dei dati, nel rispetto della sua privacy. Sono tenuti a queste cautele anche gli operatori e le strutture che con il suo consenso possono conoscerli. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando lei ne darà il consenso.

Si possono discutere le valutazioni, o dare informazioni rispetto alle applicazioni di CST avvenute, a famigliari, operatori, conoscenti, solo ed esclusivamente su sua precisa indicazione.

In qualunque momento lei potrà conoscere i dati che la riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i suoi diritti a riguardo.

Per qualunque altra attività da svolgere nel suo interesse: sarà cura di chi raccoglie i suoi dati, di informarla in modo immediato e preciso e comunque avere il suo consenso.

Sulla base di quanto sopra, le chiediamo di firmare questa informativa per esprimere il suo consenso al trattamento dei suoi dati ed al ricorso alla Disciplina del Benessere (TECNICA CRANIO-SACRALE) da parte del sopraindicato operatore, in quanto TIROCINANTE o Professionista non Organizzato in Ordini o Collegi (di cui alla Legge 4/2013)

Firma dell'utente \_\_\_\_\_