

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA/TRATTAMENTO

Professionista disciplinato ai sensi della Legge 14.01.2013 n.4

Il/la sottoscritto/a _____ **Operatore Olistico** iscritto/a nei registri n. codice _____ con il seguente livello: Base, Professional, Trainer, Supervisor, con studio in _____ prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./ Sig.ra _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____ Prov. _____, Via _____ n. _____ gli/le fornisce le seguenti informazioni:

L' **Operatore Olistico** è un professionista che si occupa del trattamento e dell'educazione volti a favorire l'adozione di uno stile di vita in linea con le naturali risorse dell'individuo. La prestazione professionale avviene a mezzo colloquio e/o trattamento manuale o vibrazionale, in collaborazione, qualora necessario, con le figure mediche o socio-sanitarie. Si avvale di tecniche specifiche per coadiuvare i processi fisiologici naturali, stimolare la forza vitale, assecondare la spontanea capacità dell'organismo di autoregolarsi per raggiungere l'omeostasi. Considerati gli aspetti costituzionali e familiari dell'individuo, le influenze ambientali e sociali, l'operatore olistico si adopera per favorire le capacità della persona di ripristinare il suo equilibrio sistemico;

- 1) la prestazione erogata non è di natura sanitaria, terapeutica e/o estetica
- 2) la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del cliente e del professionista;
- 3) il compenso sarà preventivamente comunicato al cliente
- 4) il cliente può in qualsiasi momento chiedere allo specialista l'esibizione delle proprie attestazioni
- 5) il professionista si attiene al rispetto del Codice Deontologico dell'Associazione di categoria professionale di riferimento e, in particolare, è strettamente tenuto al segreto professionale.

Dopo esauriente colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ___/___/___, si invita il cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del professionista _____ come sopra descritte, accettandone le precisazioni connesse parimenti sopra descritti.

Luogo _____ data ___/___/___ In Fede Firma _____

Modulistica unica per la prestazione professionale

I/la/il sottoscritti/a/o _____, nati/a/o a _____ il _____ residenti/e a _____, in via _____ rivolgendosi al professionista _____ email _____ cell. _____,

Sono informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. Il professionista è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico di Fedolistica;
2. la prestazione offerta riguarda _____
Consulenza/Trattamento _____
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:
_____;
4. *la prestazione erogata non è di natura estetica, sanitaria e non ha fini terapeutici e/o diagnostici*
5. per l'esecuzione del trattamento saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:

6. la durata globale dell'intervento è definibile in n. da ___ a ___ sedute/incontri/sessioni/trattamenti o andranno definite di volte in volte.
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al/alla professionista _____ la volontà di interruzione;
8. la/il professionista _____ può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dal trattamento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso;
9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza e/o di trattamento. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti. La/il professionista _____ è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta tramite Associazione Professionale Fedolistica vedere sito www.fedolistica.it ___

Sono informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza la **protezione ed il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La/il Operatore Olistico _____ è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC.

Con il termine *dati personali* si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate.

3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di **10 anni**;
8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
 - dati anagrafici di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR** (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del

trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n. 121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.69677378 telefono:(+39)06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ ,

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

altro specificare _____

(in caso di interdetto)

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo _____ e data _____

Firme/a _____

Timbro e firma della/del Professionista _____