

## CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MAGGIORENNI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

Cod. Fiscale

**Visto e compreso** tutto quanto indicato nell'informativa a me rilasciata relativa al conferimento dell'incarico professionale e alla normativa sulla privacy,

per proprio conto

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

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 su indicati.

FORNISCE 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 IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per l'Associazione Il Cerchio \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AVVIO DEL TRATTAMENTO E PREVENTIVO

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità del trattamento, esprime il mio libero consenso, barrando la casella di seguito, all'avvio del trattamento.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per l'Associazione Il Cerchio \_\_\_\_\_