



SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale

Via D.M. Manni 56/rosso 50135 Firenze - C.F. 92018180429 -

www.siafitalia.it

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA SPECIALISTI SIAF ITALIA disciplinato ai sensi della Legge 14.01.2013 n.4

Il/La sottoscritto/a MARZIA RINALDI Operatore Olistico iscritto/a nei registri di SIAF ITALIA n. codice ER1352T-OP con il seguente livello: Base, Professional, Trainer, Supervisor con studio in MONTICELLI TERME, PARMA, Via MARCONI N°69 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 facilitatore dell'equilibrio energetico, dell'evoluzione e della crescita personale che lavora con competenze pluridisciplinari e approcci integrati attraverso l'uso di tecniche corporee, naturali, energetiche, artistiche e meditative. L'Operatore Olistico agevola il naturale processo di trasformazione, empowerment, consapevolezza globale della persona e promuove uno stile di vita ecologico e sostenibile;
- la prestazione erogata non è di natura sanitaria e/o terapeutica;
- la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità del cliente e del professionista;
- il compenso sarà preventivamente comunicato al cliente, sulla base delle indicazioni definite dal Tariffario Nazionale SIAF ITALIA;
- il cliente può in qualsiasi momento chiedere allo specialista l'esibizione del proprio tesserino associativo personale per verificare l'effettiva iscrizione al registro di SIAF ITALIA ed il livello di Attestazione dichiarato;
- lo specialista si attiene al rispetto del Codice Deontologico della SIAF ITALIA. 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 (nome e cognome dello specialista) _____ come sopra descritte, accettandone le precisazioni connesse parimenti sopra descritti.

_____ li ___/___/___

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 MARZIA RINALDI, Via Marconi 69, 43022 Monticelli terme (PR), tel. 334 6685779, email rinaldi_marzia@libero.it,

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

1. Il professionista è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico di SIAF Italia;
2. la prestazione offerta riguarda l'applicazione di tecniche di riequilibrio energetico quali Thetahealing®, TEV® - Tecnica Energo Vibrazionale, Reiki degli Angeli, Cristalli, Ciotole Tibetane, o consulenze di Numerologia, Tarocchi Esoterici, Channeling,
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:
() ORDINARIA - COMPLESSA ()
[ndr: specificare se ordinaria - "sono da considerarsi ordinarie: definizione del bisogno, presa in carico, trattamento, ecc."; se complessa indicando l'articolazione delle differenti prestazioni incluse o il coinvolgimento di altri professionisti - "è da considerarsi complessa in relazione al coinvolgimento nella presa in carico di altri professionisti (psicologo, medico, psichiatra, ecc.) al fine di ..., in relazione all'utilizzo di diversi strumenti d'intervento, in relazione alle modalità multidisciplinari tipiche della struttura ...]
4. la prestazione erogata non è di natura sanitaria e non ha fini terapeutici e/o diagnostici
5. per l'esecuzione del trattamento a seconda delle tecniche potranno essere utilizzati anche i seguenti strumenti:
strumentazione Cleanergy (TEV®); Ciotole; Cristalli; Pendolo.
6. la durata globale dell'intervento è definibile in
 - a. n. ____ sedute/incontri/sessioni/trattamenti;
 - b. si concorderanno di volta in volta i tempi (*non è possibile definire a priori il numero di sedute o di trattamenti*)
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al/alla professionista MARZIA RINALDI la volontà di interruzione;
8. la/il professionista MARZIA RINALDI può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata 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 con SIAF ITALIA.

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 dott.ssa/dott. MARZIA RINALDI 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, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito), ecc.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di trattamenti e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

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**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e comunque per un periodo minimo di **5 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:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.
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) 06.696773785 - 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 _____ (in caso di interdetto)
residente a _____ in via _____

altro specificare _____

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
