

...l... sottoscritt... nat. a

provincia il, numero Codice Fiscale

Telefono....., Cell.....

indirizzo e-mail.....pec

- Avendo preso visione del Protocollo di intesa stipulato tra l'Ordine degli Psicologi ed il CODACONS Calabria;
- Condividendo le finalità;
- Consapevole della gratuità delle prime due prestazioni fornite agli aderenti e della riduzione del 20% sulla tariffa per le prestazioni successive;

CHIEDE

di aderire al Protocollo di intesa su menzionato.

A tal fine ... l ... sottoscritt..., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- A) di essere iscritto all' Ordine degli Psicologi della Calabria dal con il numero di iscrizione.....
- B) di essere Psicoterapeuta iscritto dal (*)
- C) di essere disponibile in una delle seguenti province del territorio: CS – CZ – KR – VV – RC (barrare soltanto una)
- D) di essere reperibile ai contatti professionali (indicare n. cellulare e/o e-mail):.....
.....;
- E) di essere consapevole che, non rispettando quanto previsto nel Protocollo di intesa, il suo nominativo sarà eliminato dall'elenco degli Psicologi aderenti;

Con la presente, autorizza il trattamento dei dati forniti ai sensi del D. Lgs.vo n°196/2003 ed espressamente autorizza l'Ordine a trasferire i dati personali, inseriti nel presente modulo, al CODACONS Calabria.

Firma

Luogo e data,

.....

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento europeo 2016/679- di seguito G.D.P.R.- i dati personali forniti saranno raccolti dall'OPC e saranno trattati presso una banca dati per finalità inerenti la gestione e trasmissione dell'elenco degli psicologi psicoterapeuti che aderiscono alla protocollo d'intesa sottoscritto con il CODACONS Calabria. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti per l'inserimento nell'elenco dei professionisti aderenti al Protocollo d'intesa, che non può essere effettuata in mancanza di tali requisiti. L'interessato gode dei diritti di cui agli articoli 12-22 del G.D.P.R., tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano.

Si rimanda all'informativa completa pubblicata sul sito internet al seguente indirizzo www.psicologicalabria.it/trattamento-dati-personali

Luogo e data,

Firma

*Per accettazione e prestazione del consenso al
trattamento dati personali*

.....

N.B. (*) *Requisito necessario*

La domanda può essere spedita tramite raccomandata AR presso la Segreteria dell'Ordine o via Pec.