

**NOTA INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
E RACCOLTA DEL CONSENSO**

*(da far firmare al primo colloquio con il Consulente della persona, della coppia e della famiglia
dell'Associazione Nazionale il Bilanciere)*

Ai sensi del **Regolamento UE 679/2016** (GDPR) desidero informarLa che:

i dati personali da Lei forniti, o in ogni modo acquisiti nell'ambito del rapporto in essere con il/la sottoscritto/a _____,

Consulente della persona, della coppia e della famiglia (Legge n. 4 del 14 gennaio 2013), iscritto/a nell'elenco dell'Associazione Nazionale il Bilanciere" con tessera n. _____, **saranno oggetto di conservazione e trattamento da parte dello stesso Consulente della persona, della coppia e della famiglia** nel rispetto della Normativa UE 679/2016 per almeno 5 anni.

I dati personali che La riguardano saranno conservati e trattati a norma di legge, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e non saranno comunicati ad altri soggetti se non con il suo esplicito consenso; saranno conservati e trattati su supporti cartacei ed eventualmente anche informatici con l'esclusiva finalità di adempiere a quanto opportuno o necessario ed inerente al rapporto con il/la sottoscritto/a in qualità di Professionista competente; ai sensi dell'art. 15 del su menzionato Regolamento ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e può richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che la riguardano, e richiederne l'aggiornamento o la rettifica, richiederne la cancellazione o la trasformazione in forma anonima.

Il rifiuto di fornire i dati personali potrà comportare l'impossibilità da parte del/la sottoscritto/a di adempiere alcuni obblighi derivanti dal rapporto in essere.

L'erogazione di prestazioni professionali a soggetti minorenni o interdetti è subordinata al consenso di chi esercita nei loro confronti la responsabilità genitoriale o la tutela.

Il titolare dei Suoi dati personali è il sottoscritto/a Professionista (COGNOME E NOME)

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di aver compreso il senso di quanto esposto sopra e **dà il consenso** al trattamento dei propri dati personali,

(Firma per esteso e leggibile)

In caso di minore:

I sottoscritti _____ e _____

esercanti la responsabilità genitoriale sul/sulla minore _____

Nato/a a _____ (____) il _____

dichiarano di aver compreso il senso di quanto esposto sopra e **danno il consenso** al trattamento dei dati del/della minore suddetto/a.

(Firma per esteso e leggibile di entrambi i responsabili genitoriali)

Luogo e data

CONTRATTO DI CONSULENZA FAMILIARE

(Valido anche per le consulenze da remoto)

Io (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ (____), il _____, e residente

a _____ (____) in Via/Piazza _____

n. _____, Codice Fiscale _____

e, (in caso di coppia)

Io (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ (____), il _____, e residente

a _____ (____) in Via/Piazza _____

n. _____, Codice Fiscale _____

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/i informato/i che i colloqui, iniziati in data odierna, sono di Consulenza Familiare, una relazione di aiuto di tipo socio-educativo e che avverranno con un Professionista Consulente della persona, della coppia e della famiglia (a norma delle Legge n. 4/2013), definito come il *Professionista dell'Ascolto ed il Curatore delle Relazioni; il suo intervento così come la sua formazione è prettamente socio-educativo; lavora con metodologie e tecniche specifiche che utilizza per aiutare la persona (singola, in coppia o come nucleo familiare) a ritrovare le risorse interne ed esterne per superare il momento di difficoltà relazionale ed esperienziale sperimentato nel qui ed ora,*

(Cognome e Nome) _____, iscritto nell'elenco tenuto dall'Associazione Nazionale il Bilanciere, con la tessera n. _____.

Sono/siamo stato/i informato/i, inoltre, che, nelle more della pandemia da CoVid-19, ma anche successivamente per motivi diversi, è possibile procedere con colloqui **da remoto**, avvalendosi di strumenti tecnologici informatici, quali WhatsApp o piattaforme purché **audiovisive, con schermi non oscurati**, in una situazione dove è possibile vedere e sentire ed essere visti e sentiti adeguatamente. In questo caso mi/ci è stata spiegata la necessità di riservarmi/ci uno spazio tutelato dal quale non possa/possiamo essere ascoltato/i, né distratto/i o disturbato/i da terzi non interessati al percorso di Consulenza Familiare, anche con l'utilizzo di cuffie auricolari.

Inoltre, sono/siamo a conoscenza che gli incontri non verranno registrati, se non dietro mio/nostro esplicito consenso.

Compreso quanto sopra riportato firmo/firmiamo per accettazione.

Luogo e data