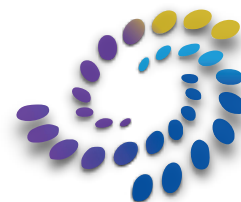


*“Dalle origini
un nuovo inizio”*

dr. Alessandro D'Orlando
psicologo, psicoterapeuta
www.alessandrodorlando.it
info@alessandrodorlando.it
cell. 3403259910



Move Yourself

Seminario intensivo

Richiesta di iscrizione

(scrivere in stampatello grazie - puoi scannerizzarla e spedirla via email con la firma o spedire il cartaceo a Alessandro D'Orlando, via D'Aronco, 37 - 33100 Udine (UD))

Il/la sottoscritto/a cognome) _____

(nome) _____

nt a _____ Prov. (_____) il _____ cod. fiscale _____

Partita Iva _____

residente in via _____ n° _____

cap _____ città _____ Prov. _____ (_____)

domiciliato in (se diverso dalla residenza) via _____

_____ n° _____ cap _____ città _____

Prov. _____ (_____) E - mail _____

_____ Cellulare _____

Telefono fisso _____

sito internet/blog personale eventuale _____

CHIEDE

l'iscrizione al Fulllightness con la seguente motivazione:

*“Dalle origini
un nuovo inizio”*

dr. Alessandro D’Orlando
psicologo, psicoterapeuta
www.alessandrodorlando.it
info@alessandrodorlando.it
cell. 3403259910



Domande per il corso:

Ha controindicazioni mediche per l’esperienza del respiro circolare, per gli stati di iperossigenazione, alcalinizzazione sanguigna, aumento dell’attività elettrica, cardiaca e della pressione sanguigna che si verificano naturalmente durante l’esperienza? (in particolare rispetto al diabete, patologie cardiache gravi, epilessia, psicosi, ipertensione, asma, disturbi tiroidei)

Si

No

Se si di che tipo? _____

Ha assunto psicofarmaci nell’ultimo anno o ha dipendenze da alcol o altre sostanze?

Si

No

Se si di che tipo? Con che modalità?

Desidera comunicare altre informazioni che possono esserci utili per organizzare al meglio l’esperienza per Lei? Ha delle domande da farci?

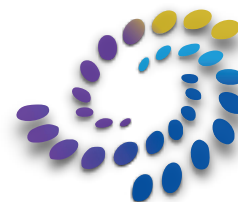
Si

No

Che tipo di lavori ha svolto nell’ambito della crescita personale fino ad ora?

*“Dalle origini
un nuovo inizio”*

dr. Alessandro D’Orlando
psicologo, psicoterapeuta
www.alessandrodorlando.it
info@alessandrodorlando.it
cell. 3403259910



Desidera essere iscritto alla News Letter per l’aggiornamento dei corsi e delle iniziative sugli argomenti di interesse? Si No

Data

Firma

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)**

Il dott. Alessandro D’Orlando, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell’articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell’incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ha ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell’art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei., in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all’incarico professionale.

I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell’avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l’attività professionale di terapia psicoterapica, finalizzata al conseguimento di un rafforzamento dell’efficienza funzionale della personalità.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l’eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Dichiaro di aver preso visione e ricevuto copia del sistema di gestione della privacy adottata.

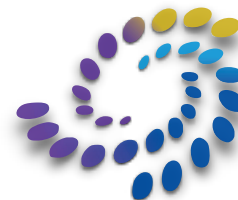
Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti la fatturazione della prestazione saranno trasmessi ad un commercialista di fiducia, tenuto anch’egli al segreto professionale.

I suoi dati personali non saranno trasferiti all’estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell’unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell’unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

*“Dalle origini
un nuovo inizio”*

dr. Alessandro D’Orlando
psicologo, psicoterapeuta
www.alessandrodorlando.it
info@alessandrodorlando.it
cell. 3403259910



L’interessato ha diritto :

- all’ accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all’Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L’esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all’indirizzo o lettera raccomandata a/r all’indirizzo ALESSANDRO D’ORLANDO, Via D’Aronco, 37 – 33100 Udine (UD)

Preso atto dell’informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Udine, _____

Firma interessato

Fatte salve tutte le indicazioni di cui sopra, autorizza fin d’ora la ripresa audio/video e la fotografia di momenti del seminario che l’organizzazione riterrà utili ai fini divulgativi, nel pieno rispetto delle persone e dei partecipanti.

Udine, _____

Firma interessato
