



SILVIA FONSECA PINO

PSICÓLOGA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

D/Dña

DNI

Domicilio

Teléfono

Correo electrónico

en calidad de PACIENTE

MANIFIESTA

Que de acuerdo con lo dispuesto en el RGPD 2016/679 y en la LOPDGDD 3/2018, mediante la firma de este documento presta su CONSENTIMIENTO a la psicóloga SILVIA FONSECA PINO colegiada m-13848 con la finalidad de llevar a cabo el tratamiento psicológico acordado en consulta. De esta manera declara ser conocedor de un Registro de Actividad titularidad de SILVIA FONSECA PINO donde se van a incluir sus datos para la correcta prestación de los servicios psicológicos.

La base jurídica para el tratamiento de sus datos personales es el consentimiento. Los datos se conservarán mientras se mantenga la terapia y en base a las obligaciones legales. Los datos suministrados podrán cederse a profesionales en caso de ser necesario para la correcta prestación de los servicios psicológicos y en caso de que se requiera por obligación legal.

Asimismo, se le informa que tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, a ejercer de manera gratuita los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos y a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de datos, que podrá efectuar por escrito ante el responsable del tratamiento en el siguiente email info@silviafonsecapsicologa.com. En caso de no resolver su petición en tiempo y forma tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

☐ CONSIENTE

☐ NO CONSIENTE