

Allegato 2



All'Ordine degli Psicologi del Lazio

Bonus Psiconcologia - Conferma svolgimento incontro

Compilare in STAMPATELLO

Io sottoscritto (*nome e cognome*) _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

- beneficiario dell'iniziativa (malato oncologico)
- persona delegata (es. richiedente, genitore, tutore)
- effettivo fruitore della prestazione (familiare o congiunto)

CONFERMO

lo svolgimento dell'incontro di seguito specificato.

VOUCHER ID: # _____

Data incontro __ / __ / ____ Orario di inizio __ : __

Con il/la professionista (*nome e cognome*): _____

Ho letto l'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile alla pagina <https://psiconcologia.lazio.it/doc/informativa.pdf> ed esprimo il consenso al trattamento dei dati forniti.

Data _____

Firma _____

La conferma dello svolgimento dell'incontro deve essere fornita dal malato oncologico o dalla persona delegata o dal fruitore della prestazione attraverso l'Area Riservata del sito <https://psiconcologia.lazio.it> entro 10 giorni dalla data della seduta. Qualora tale conferma non venga fornita entro i 10 giorni, il professionista potrà caricare in Area Riservata il presente modulo, compilato e sottoscritto dall'interessato/a a incontro avvenuto, ai fini della rendicontazione del percorso.