

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

INTEGRAZIONE PER PRESTAZIONI INIZIALMENTE PREVISTE IN PRESENZA E SUCCESSIVAMENTE RESE A DISTANZA

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, **si informa che la prestazione** – per la quale in precedenza è già stato acquisito il relativo consenso informato - **verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.**

In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet (*inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro*) con le seguenti modalità: i colloqui online saranno svolti presso lo studio personale della Dott.ssa Greta Maria Sinico per garantire la privacy che potrà, se ritiene necessario, prendere alcuni appunti carta matita (*informazioni relative alla sicurezza e riservatezza del setting, possibilità o meno di registrare le sedute etc., evidenziando anche specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista*).

La professionista Dott.ssa Greta Maria Sinico dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante / Il genitore _____ **PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.**

Luogo e data _____

Firma _____