

## Modulo per la prestazione psicologica

La/il sottoscritti/a/o \_\_\_\_\_, nati/a/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residenti/e a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ affidandosi alla dott.ssa Sara Guerrazzi/dott Alessandro Venuti,

La/il sottoscritti/a/o \_\_\_\_\_, nati/a/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residenti/e a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ affidandosi alla dott.ssa Sara Guerrazzi/dott Alessandro Venuti,

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 verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.

In particolare, verrà utilizzata la normale telefonata oppure la videochiamata tramite **Skype, Whatsapp o FaceTime.**

Il professionista 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.

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato, \_

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

\_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero **consenso**, barrando la casella di seguito, **alla prestazione** suindicata.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero **consenso**, barrando la casella di seguito indicata, **al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali** per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme/a \_\_\_\_\_

*i Professionisti*

*Dott.ssa Sara Guerrazzi*

*Dott Alessandro Venuti*