**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro*) con le seguenti modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*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/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.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente / 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MINORENNI***

La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO*.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

*PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO*.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in ragione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

*PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO*.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_