

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI A DISTANZA

La prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso strumenti idonei (telefono, Skype, Zoom ecc.), che si concorderà di utilizzare.

Durante la prestazione a distanza, il professionista sanitario e il paziente si impegnano a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Il professionista sanitario ed il paziente si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico e o la migliore connessione internet.

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 del settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.Lgs n.196/2003, come modificato da 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.

Luogo e data _____ Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista

