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 per lo svolgimento dei colloqui, della durata di circa 40 minuti ciascuno.

La professionista SABRINA GIOVANNINI 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 _____