

Modulistica unica per la prestazione professionale psicologica

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____
il _____ residente a _____ in
via _____
Codice fiscale _____

affidandosi alla dott.ssa Erika Belelli, nata a Recanati (MC), cod.fisc.: BLLRKE74L69H211Z; P.IVA: 00389398884; iscritta nell'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche con numero di iscrizione 1340; abilitata all'esercizio della psicoterapia; assicurata con Polizza Assicurativa Rc Terzi e Professionale e successivi rinnovi sottoscritta con CAMPI, con studio siti in:
Via Le Grazie, 33 a Recanati

è informata/o sui seguenti punti AGGIUNTIVI in relazione al **consenso informato**:

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, per non interrompere il percorso terapeutico intrapreso, la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico, necessità dettata dall'emergenza sanitaria legata al Covid-19.

In particolare, verrà utilizzato lo strumento SKYPE O WHATSAPP

con le seguenti modalità: effettueremo delle video sedute della stessa durata di un incontro in studio, gli strumenti sopracitati hanno delle regole precise rispetto alle modalità di privacy.

SKYPE <https://support.skype.com/it/skype/all/privacy-security/>

WHATSAPP <https://www.whatsapp.com/privacy>

Al di là dei rischi di ciascuna piattaforma, è bene evidenziare quali caratteristiche verremo a perdere e ad incontrare in questi incontri: il contatto fisico inteso come compresenza nello spazio, uno sguardo meno caldo perché mediato dagli schermi, eventuali problematiche di connessione di rete che potranno interferire in momenti intimi e cruciali, i silenzi normali in terapia saranno vissuti con maggiore imbarazzo e preoccupazione che sia caduta la linea.

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.

PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO:

FIRMA DEL PAZIENTE

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE FINALITA' E CON LE MODALITA' INDICATE:

FIRMA DEL PAZIENTE

Lì, il