

PROGETTO E-HEALTH

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER I PAZIENTI DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____

residente in _____ Prov _____ Via _____ cap _____

dichiara di aver preso visione e compreso quanto riportato nell'Informativa Privacy specifica per i pazienti che aderiscono al progetto eHealth e di essere stato esaustivamente e chiaramente informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati.

Pertanto autorizza, esprimendo il libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali, il Centro Erre-d, nella persona del legale rappresentante dott. Vincenzo Pagano, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, ad effettuare espletare la diagnosi, la cura e la terapia mediante i seguenti mezzi di comunicazione indispensabili per la realizzazione del progetto a distanza :

1. invio su mail privata accessibile al solo personale medico assegnato
2. Counseling Telefonico

il Sottoscritto inoltre, pur sapendo che non obbligatorie per la realizzazione del progetto a distanza, esprime il consenso all'utilizzo delle seguenti tipologie di comunicazione dei dati nel rispetto dell'informativa privacy:

- 3. registrazione delle immagini per scopi curativi e/o didattici
- 4. Osservazione a distanza del bambino con opportunità di training guidato via Skype
- 5. Trasmissione di video del paziente tramite mail dedicata sulla base delle indicazioni fornite dal terapeuta, dal medico o dallo Psicologo
- 6. Ricezione video dai terapisti del Centro
- 7. "Video Conference" per l'interazione con l'Equipe Multidisciplinare

Latina il _____

Firma dell'interessato
