

PROGETTO E-HEALTH

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER I MINORI, IN QUALITÀ DI PAZIENTI DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE

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

residente in _____ Prov ____ Via _____ cap _____ in qualità di

- Genitore esercitante la patria potestà Persona delegata dal genitore, come da atto di delega che viene esibito e consegnato

del/della/bambino/a _____ nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

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 esaurientemente 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, Titolare del trattamento dei dati, ad 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 sono 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 o dal medico 6. Ricezione video dai terapisti del Centro
7. "Video Conference" per l'interazione con l'Equipe Multidisciplinare

Latina il _____

Firma del Genitore (o delegato)