

Autorizzazione per l'erogazione di prestazioni psicologiche nei confronti dei minori

Si invita la persona assistita/il tutore a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscrivere.

Genitore 1

Il/La sottoscritto/a _____
identificato/a mediante documento: _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____
nato/a il _____ a _____ residente a _____
in _____ cellulare _____
email _____

Genitore 2

Il/La sottoscritto/a _____
identificato/a mediante documento: _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____
nato/a il _____ a _____ residente a _____
in _____ cellulare _____
email _____ cellulare _____ email _____

in quanto genitori del/della minore:

_____ nato/a il _____ a _____
_____ residente a _____
in _____ C.F. _____

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso.

Acconsento e dichiaro:

- Effettuare la prestazione sanitaria tramite video consulto;
- La registrazione e l'archiviazione dei dati clinici necessari alla prestazione nel rispetto delle normative sulla privacy;
- L'eventuale consultazione dei miei dati da parte di altri specialisti sanitari per finalità diagnostiche e terapeutiche.
- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato, attraverso l'utilizzo delle piattaforme di SOS.
- di ACCETTARE E FORNIRE IL CONSENSO e di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa e nelle informative: [INFORMATIVA SULLA PRIVACY](#) - [PRIVACY POLICY](#) - [TERMINI E CONDIZIONI UTENTE](#) - [INFORMATIVA PRIVACY PER LA RACCOLTA DI SCHEDE ANAMNESTICHE](#).

Autorizzazione - Genitore 1: _____

Autorizzazione - Genitore 2: _____

Autorizzazione - Il Professionista: _____