



## **MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

### **RELATIVAMENTE A PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DA REMOTO**

(da rilevare previa lettura Informativa standard, anche pubblicata al seguente indirizzo:  
[http://www.asst-rhodense.it/inew/ASST/privacy/INFORMATIVA\\_STANDARD\\_2021.pdf](http://www.asst-rhodense.it/inew/ASST/privacy/INFORMATIVA_STANDARD_2021.pdf))

Le prestazioni assistenziali offerte da remoto dai Consultori Familiari possono riguardare:

- corsi di accompagnamento alla nascita
- incontri dopo il parto
- incontri singoli con le mamme/puerpere
- colloqui di sostegno/psicodiagnostici
- incontri di massaggio infantile
- colloqui singoli e/o di coppia a ragazzi dai 14 ai 20 anni, anche senza la presenza dei genitori
- incontri a tema a diverso titolo, di gruppo, con giovani dai 14 ai 20 anni
- proseguimento delle attività in corso con le scuole, a tema educativo

Tali prestazioni sono finalizzate ad attività professionali di promozione, prevenzione e tutela della salute di genere, in particolare materno-infantile ed, in generale, del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità.

Per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzata prevalentemente la piattaforma Google Meet.

**E' fatto divieto di registrare le prestazioni assistenziali, di diffondere video/immagini e di fornire il link a persone esterne non autorizzate.**

I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico, attraverso l'utilizzo di piattaforme per lo svolgimento di consulenza e/o assistenza on line in tutti i casi in cui sia necessario un collegamento a distanza, nel rispetto delle norme di sicurezza igienico sanitarie, e saranno trattati utilizzando adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali (entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale), così come da informativa per il trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet al seguente indirizzo:

[http://www.asst-rhodense.it/inew/ASST/privacy/INFORMATIVA\\_STANDARD\\_2021.pdf](http://www.asst-rhodense.it/inew/ASST/privacy/INFORMATIVA_STANDARD_2021.pdf)

### **Visto e compreso tutto quanto sopra indicato**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**PER PROPRIO CONTO**

**ESERCITANDO LA RAPPRESENTANZA LEGALE O RESPONSABILITÀ GENITORIALE SU:**

Sig.ra/sig. \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

avendo ricevuto apposita informativa e le informazioni adeguate, **esprime il proprio libero consenso**, barrando la casella di seguito:

**FORNISCE IL CONSENSO**

**NON FORNISCE IL CONSENSO**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_