

INTEGRAZIONE ALL'INFORMATIVA PRIVACY (INFORMATIVA SUL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ARTT. 13-14 REG.TO UE 2016/679)
PER ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA, A DISTANZA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

(per i minori) in qualità di genitore tutore di _____

già in trattamento presso la dott.sa/il dott./i dott. _____

con questo documento scritto che integra l'informativa sul trattamento dei dati personali di Maria Luigia Spa già firmata in precedenza **autorizza** il proseguimento delle sedute riabilitative e/o di consulenza, anche considerato il particolare momento di emergenza sanitaria, **utilizzando in modalità video conferenza** il servizio telematico

Google Meet (raccomandato) Zoom Skype

Durante il video collegamento il sottoscritto, così come Maria Luigia Spa, garantisce che non ci sia la presenza, non dichiarata al professionista, di terze persone, che la seduta non sia in alcun modo registrata e che tutto si svolgerà nel completo rispetto della riservatezza e della dignità delle persone coinvolte.

La prestazione in videoconferenza sarà di norma effettuata dal professionista presso i locali di Maria Luigia Spa nel pieno rispetto dei requisiti di riservatezza e protezione dei dati riferiti alle normali prestazioni erogate in presenza fisica del paziente. Sarò preventivamente informato, con riserva di dare mio consenso verbale, nel caso in cui il professionista non si colleghi dai locali di Maria Luigia Spa e delle condizioni idonee di riservatezza garantite dalla sede in cui il professionista opera.

Saranno seguite le seguenti raccomandazioni di natura generale:

- Non diffusione ad alcuno e in nessun modo del collegamento (link) del meeting, e non riutilizzo;

e, quando consentite dalle possibilità e modalità della piattaforma scelta:

- Utilizzo di password per l'accesso;
- Blocco dell'accesso dopo l'inizio del meeting.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione delle condizioni d'uso dello strumento di terze parti e della informativa privacy disponibili nei loro siti web e di accettarne i trattamenti.

In qualsiasi momento il sottoscritto potrà decidere di non avvalersi più di tale strumento di comunicazione, in tal caso la prestazione sarà comunque garantita mediante contatto telefonico o, sussistendone le condizioni, di persona.

Luogo e data _____

Firma _____

Da restituire a Maria Luigia Spa via posta elettronica all'indirizzo: poliambulatorio@ospedalemarialuigia.it .