

Consenso informato e privacy – Minore

Studio The Organism – Via De Rosa 46, Pagani (SA) – Dott. Giuseppe Ferraioli

Email: dr.ferraioligiuseppe@gmail.com • Tel: 0815152334

Dati del minore

Nome e cognome del minore: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo (via e n.): _____

Città: _____

CAP: _____

Genitore/Tutore 1 (obbligatorio)

Nome e cognome: _____

Codice fiscale: _____

Email: _____

Telefono: _____

Genitore/Tutore 2 (facoltativo)

Nome e cognome: _____

Codice fiscale: _____

Email: _____

Telefono: _____

Tipo di prestazione / motivazione di accesso

Selezionare le voci pertinenti (anche multiple):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione neuropsicologica | <input type="checkbox"/> Psicoterapia (minori) |
| <input type="checkbox"/> Parent training / sostegno genitoriale | <input type="checkbox"/> FSC / intervento neurosensoriale |
| <input type="checkbox"/> Valutazione optometrica/comportamentale | <input type="checkbox"/> Visual training |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione uditiva (Tomatis/MAPS/Bear) | <input type="checkbox"/> Integrazione sensoriale / sensori-motoria |
| <input type="checkbox"/> Riflessi primitivi / INPP / movimenti ritmici | <input type="checkbox"/> Terapia miofunzionale |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione multisensoriale (stanza del sale) | <input type="checkbox"/> Terapia online |
| <input type="checkbox"/> Follow-up / controllo | <input type="checkbox"/> Altro (specificare sotto) |

Altro (specificare): _____

Consensi essenziali (genitori/tutori)

Dichiaro/dichiariamo di aver ricevuto e compreso l'informativa completa (pagine successive) e presto/prestiamo:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1) Trattamento dei dati personali per finalità di cura e gestione prestazione | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2) Trattamento di categorie particolari di dati (dati relativi alla salute del minore) | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3) Invio spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria (STS), salvo opposizione | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4) Comunicazioni non essenziali / marketing (facoltativo) | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5) Piattaforme terze (es. Klaviyo) per comunicazioni/marketing – solo se consenti | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Firme

Consenso informato e privacy – Minore

Compila il consenso informato (minori): dati del minore e dei genitori/tutori, GDPR e firme digitali.

~~* Indica una domanda obbligatoria~~

1. Email *

Dati del minore

2. Nome e cognome del minore *

3. Luogo di nascita (minore) *

4. Data di nascita (minore) *

Esempio: 7 gennaio 2019

5. Via e numero (minore) *

6. Città (minore) *

7. CAP (minore) *

Genitore / Tutore 1

8. Nome e cognome (Genitore 1) *

9. Codice fiscale (Genitore 1) *

10. Email di contatto (Genitore 1) *

11. Numero di telefono (Genitore 1) *

Usa solo numeri, +, spazi, -, ().

Genitore / Tutore 2

12. Nome e cognome (Genitore 2) *

13. Codice fiscale (Genitore 2) *

14. Email di contatto (Genitore 2) *

15. Numero di telefono (Genitore 2) *

Usa solo numeri, +, spazi, -, ().

Informazioni sulla prestazione (minore)

16. Tipo di prestazione *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ FSC – Facilitazione Psicomotoria
- ☐ Valutazione neuropsicologica
- ☐ Psicoterapia (minori)
- ☐ Parent training
- ☐ Logopedia
- ☐ Valutazione optometrica/comportamentale
- ☐ Follow-up/controllo
- ☐ Stimolazione multisensoriale
- ☐ Stimolazione multisensoriale (stanza del sale)
- ☐ Terapia online
- ☐ Terapia miofunzionale
- ☐ Costellazioni familiari
- ☐ VISITA OCULISTICA/ESAME OGGETTIVO
- ☐ Altro: _____

17. Frequenza/organizzazione incontri (settimanali/periodici)

18. Interruzione del rapporto *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ☐ Sono informato/a che posso interrompere la prestazione in qualsiasi momento e che il professionista può proporre l'interruzione se non sussistono benefici (art. 27 C.D.).

19. Gestione appuntamenti *

Seleziona tutte le voci applicabili.

☐ Sono informato/a sull'obbligo di comunicare con congruo anticipo eventuali impossibilità a rispettare gli appuntamenti.

Copertura assicurativa

Copertura assicurativa: Polizza RC professionale ALLIANZ S.p.A. n. 475840

Informativa GDPR (presa visione)

Dati trattati: anagrafici, contatto, pagamento; dati relativi allo stato di salute (artt. 9–10 GDPR; art. 2-septies D.Lgs. 101/2018). Base giuridica: consenso informato; modalità: misure di sicurezza adeguate; conservazione: 10 anni anagrafici/contabili; sanitari almeno 5 anni; comunicazioni: solo ove previsto o con consenso; STS: salvo opposizione; diritti artt. 15–22 GDPR.

20. Presa visione informativa GDPR (genitori/tutori) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

☐ Dichiariamo di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Consensi privacy**21. Consenso al trattamento dei dati personali del minore ***

Seleziona tutte le voci applicabili.

☐ Forniscono il consenso

22. Consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute del minore *

Seleziona tutte le voci applicabili.

☐ Forniscono il consenso

23. Sistema Tessera Sanitaria (STS) – invio spesa sanitaria *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Non forniscono il consenso
- ☐ Forniscono il consenso

24. Comunicazioni informative/marketing (eventi, materiali divulgativi) *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Non forniscono il consenso
- ☐ Forniscono il consenso

25. Audio/Video a scopo terapeutico e/o didattico *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Non forniscono il consenso
- ☐ Forniscono il consenso

Preferenze canali marketing

26. Canali autorizzati *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- ☐ Email
- ☐ Telefono
- ☐ WhatsApp
- ☐ SMS
- ☐ Newsletter

27. Note/preferenze (fasce orarie, frequenza comunicazioni)

Riepilogo e conferma

28. Conferma rilettura (genitori/tutori) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

☐ Confermiamo di aver rivisto e verificato la correttezza delle informazioni inserite.

Dichiarazioni finali

29. Data *

Esempio: 7 gennaio 2019

30. Luogo *

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli