SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
011/5661566 011/439311

SC /SSD/ SS

denominazione da inserire a cura della Struttura Sanitaria erogante

MODULO ADESIONE ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN TELEMEDICINA
D.R.G. n. 6-1613 del 3 luglio 2020

Io/la Sottoscritto/a

Nome e cognome	
Data di nascita	
Codice Fiscale/Codice STP	
Indirizzo mail:	

☐ **PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA** sulla telemedicina, allegata al presente modulo;

☐ **CONCORDATO** con l'Operatore Sanitario:

_____

(indicare nome e cognome, qualifica)

che la modalità di erogazione delle prestazioni

☐ relative al proprio percorso Clinico Assistenziale/terapeutico

☐ relative al percorso intrapreso a favore del minore: _____

(nome e cognome del minore)

In qualità: (*Nel caso di minore indicare se in qualità di genitore o tutore*)
- ☐ di genitore
- ☐ tutore

avverrà on line, mediante:
- ☐ Skype,
- ☐ WhatsApp
- ☐ piattaforma Zoom
- ☐ CISCO Webex
- ☐ Altro (da specificare_____)

(È necessario indicare una sola scelta)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
011/5661566 011/439311

☐ **INFORMATO/A che:**

- la televisita si svolgerà da una sede dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino" oppure presso un luogo privato, riservato e in assenza di terzi;
- i dati forniti verranno utilizzati solo nell'ambito del percorso clinico/assistenziale/ terapeutico e verranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy
- le sedute non saranno audio e/o videoregistrate;

☐ **RICHIEDO ED AUTORIZZO** la spedizione/consultazione della mia documentazione sanitaria (referti, prescrizioni, esami, ecc) tramite (*barrare solo una delle possibilità*):

☐ consultazione on line (sito www.salutepiemonte.it - ritiro referti ed immagini o FSE)
☐ mia casella di posta elettronica certificata_____
☐ mia casella di posta elettronica _____all'interno di file protetti da password. Tale password mi verrà comunicata attraverso _____ (telefonata, sms, altra mail, ecc.)
☐ ritiro presso la struttura nel rispetto delle indicazioni fornite
☐ tramite posta ordinaria

☐ **ACCONSENTO a quanto sopra e MI IMPEGNO**

- a non audio e/o videoregistrare le sedute
- a non trasferire file relativi alle sedute
- a garantire un luogo privato, riservato e in assenza di terzi durante le sedute.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Per conferma adesione, si prega inviare il modulo compilato al servizio scrivente al seguente indirizzo di posta: _____@aslcittaditorino.it
(l'inserimento dell'indirizzo di posta è a cura della Struttura Sanitaria erogante)