

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA TECNICA ONLINE IN FASE COVID19

Il/la sottoscritto/a _____
 Nata/o a _____ il _____ residente a _____ Prov. (____)
 Via _____ telefono _____
 C.F.: _____, esibito documento di riconoscimento _____
 N. _____, rilasciato da _____,

-----DICHARA-----

di essere stato/a informato/a dal/la Dott./Dott.ssa _____ (iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione _____, n. _____), Consulente Tecnico di Ufficio (CTU) nominato/a con ordinanza del Tribunale _____ di _____, Giudice Dott./Dott.ssa _____, emessa in data _____, nel procedimento n. _____, di quanto qui di seguito riportato:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consisterà in colloqui *online* finalizzati alla risposta al quesito determinato dal Giudice e riportato nella detta ordinanza;
- durante i colloqui non dovranno essere presenti terze persone sia nella stanza del periziando, sia in quella del Ctu;
- gli eventuali Consulenti e/o legali di parte potranno partecipare all'incontro collegandosi da remoto. Ulteriori eventuali modalità di partecipazione dovranno essere concordate;
- i colloqui non dovranno essere registrati dal periziando o dai rappresentanti delle parti né in audio né in video;
- le prestazioni saranno rese attraverso la piattaforma _____ e in alternativa _____, entrambe garantiscono la sicurezza dei dati.

Il sig./la sig.ra _____ dichiara, altresì, di avere ben compreso i termini della prestazione professionale come sopra riportati, di non aver nulla da aggiungere né da eliminare e di accettare quanto concordato con il/la Dott./Dott.ssa _____.

I dati personali e sensibili raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento delle Consulenza Tecnica e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679.

In fede.

Luogo e data _____

Firma (leggibile)

IL CTU

**INFORMATIVA CIRCA MISURE DI PREVENZIONE IGIENICO SANITARIE PER LO SVOLGIMENTO DEGLI INCONTRI DI
CONSULENZA TECNICA IN FASE COVID 19**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____,
residente in _____ Prov. (____) Via/P.zza _____
telefono _____ C.F.: _____,
esibito documento di riconoscimento _____ N. _____, rilasciato da

-----**DICHIARA**-----

di essere stato/a informato/a dal/la Dott./Dott.ssa _____ (iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione _____, n. _____), Consulente Tecnico di Ufficio (CTU) nominato/a con ordinanza del Tribunale _____ di _____, Giudice Dott./Dott.ssa _____ emessa in data _____, nel procedimento civile/penale RG n. _____, di quanto qui di seguito riportato:

Il Ctu si impegna a garantire nel proprio studio, tutte le norme igienico sanitarie imposte dalla vigente normativa in tema di prevenzione del contagio COVID-19, ossia pulizia e igiene dell'ambiente, predisposizione gel antisettici e disinfettanti, distanziamento interpersonale, utilizzo di mascherine filtranti antivirus, adeguata aereazione e riciclo dell'aria nello studio.

.....
Il/La sig./sig.ra _____, come sopra identificata, a seguito dell'informativa sopra ricevuta, **dichiara** quanto segue:

- a) né il/la sottoscritto/a, né le persone con cui questi eventualmente convive, sono attualmente (o sono stati) in quarantena o sono risultati positivi al COVID-19;
- b) né il/la sottoscritto/a, né le persone con questi eventualmente conviventi, accusano sintomi febbrili, mal di gola, tosse e/o raffreddore, problematiche respiratorie, perdita del gusto e dell'olfatto;
- c) che il/i proprio/i figlio/i non è/sono in quarantena o risultato/i positivo/i al COVID-19;
- d) che il/i proprio/i figlio/i non presenta/presentano febbre, mal di gola, tosse e/o raffreddore, disturbi respiratori, perdita del gusto e/o dell'olfatto.

I dati personali e sensibili raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento delle Consulenza Tecnica e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679.

In fede,

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

Firma CTU
