

Nome e cognome del genitore: _____

Indirizzo e-mail: _____

Nome del/della minore: _____

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

Lei ha richiesto e scelto di comunicare informazioni personali identificabili relative al trattamento di intervento precoce di suo/a figlio/a tramite posta elettronica senza crittografia. L'invio di informazioni personali identificabili tramite posta elettronica comporta una serie di rischi di cui è opportuno sia informato/a prima di dare il consenso. Fra tali rischi rientrano - senza intento limitativo - i seguenti:

- Possibilità che i messaggi di posta elettronica vengano inoltrati e archiviati in formato elettronico e cartaceo senza che il genitore ne sia a conoscenza.
- Possibilità che i mittenti di messaggi di posta elettronica sbagliano indirizzo, inviando erroneamente informazioni personali identificabili a destinatari sbagliati.
- Possibilità che i messaggi di posta elettronica inviati tramite Internet senza crittografia - non essendo sicuri - possano essere intercettati da terzi sconosciuti.
- Possibilità che il contenuto dei messaggi di posta elettronica venga modificato all'insaputa del mittente o del destinatario.
- Possibilità che restino copie di backup dei messaggi di posta elettronica anche dopo l'eliminazione dei messaggi stessi da parte del mittente e del destinatario.
- I datori di lavoro e i fornitori di servizi online hanno il diritto di controllare i messaggi di posta elettronica inviati attraverso i loro sistemi.
- Possibilità che i messaggi di posta elettronica contengano virus e altri programmi dannosi.

CONSENSO E ACCETTAZIONE DEL GENITORE

Dichiaro di aver letto e compreso i punti di cui sopra, che spiegano i rischi inerenti all'uso della posta elettronica per comunicare informazioni personali identificabili. Tuttavia, io sottoscritto/a _____, autorizzo _____, il cui indirizzo di posta elettronica è _____, a comunicare con me al mio indirizzo di posta elettronica _____, in merito alla partecipazione di mio/a figlio/a _____ al Programma di intervento precoce (Early Intervention Program, EIP), comprese, senza intento limitativo, le comunicazioni riguardanti l'erogazione dei servizi, i progressi in seno all'EIP ed eventuali altre questioni attinenti. Sono a conoscenza del fatto che l'utilizzo di messaggi di posta elettronica senza crittografia presenta i rischi sopra indicati e può comportare la diffusione involontaria di tali informazioni.

(Facoltativo) Autorizzo inoltre i membri del team che si occupa del trattamento di mio/a figlio/a a scambiarsi informazioni personali identificabili relative allo/a stesso/a tramite messaggi di posta elettronica non crittografati. Preciso che i membri del team di intervento precoce ai quali do il permesso di utilizzare di messaggi di posta elettronica non crittografati per scambiarsi informazioni relative a mio/a figlio/a sono:

1. _____, indirizzo di posta elettronica: _____
2. _____, indirizzo di posta elettronica: _____
3. _____, indirizzo di posta elettronica: _____
4. _____, indirizzo di posta elettronica: _____
5. _____, indirizzo di posta elettronica: _____

Firma del genitore: _____ **Data (mm/gg/aaaa):** _____

Da tenere presente: Se il Modulo compilabile di consenso genitoriale all'utilizzo della posta elettronica per lo scambio di informazioni personali identificabili prevede la firma elettronica di un genitore/tutore legale ai fini dell'autorizzazione allo scambio - tramite posta elettronica - di informazioni personali identificabili relative al trattamento di intervento precoce del/della minore, detta firma deve contenere anche un contrassegno di firma elettronica (disponibile mediante applicazioni come Adobe Acrobat, DocuSign etc.) che attesti la data e l'ora di apposizione della stessa sul modulo. In assenza di tale protezione è necessario stampare il Modulo di consenso all'utilizzo della posta elettronica per lo scambio di informazioni personali identificabili affinché il genitore/tutore legale possa firmarlo in formato cartaceo.