

Autorizzazione alle riprese audio/video

Al fine di migliorare il lavoro che faremo insieme nelle nostre sedute di psicoterapia, il modello EFT utilizza la videoregistrazione, per una revisione successiva delle sedute. Per fare questo ho bisogno del vostro consenso scritto. Il nostro lavoro non sarà influenzato dalla vostra scelta e siete liberi di dire di no. Se dopo aver acconsentito in qualsiasi momento doveste cambiare idea, si può interrompere immediatamente la registrazione.

Do il permesso al Dott./ssa _____ di registrare le nostre sessioni di psicoterapia per il successivo utilizzo:

1. Solo per la revisione al di fuori delle sessioni. _____
2. Da utilizzare per un lavoro di supervisione _____
3. Da utilizzare in gruppi di supervisione che includono altri terapeuti. _____
4. Tutte le precedenti. _____

Il lavoro con il video è da considerarsi esclusivamente a scopi terapeutici come metodologia di lavoro e approfondimento durante il percorso, e il dott./dott.ssa _____ garantisce la cura e la tutela delle riprese video.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, successive modifiche e integrazioni ed ai sensi e per gli effetti previsti dalla normativa vigente in materia di trattamento di immagini e riprese audio/visive.

L'utilizzo dei dati e delle immagini, come sopra definito, è da considerarsi del tutto gratuito.

Capisco che la mia riservatezza sarà protetto in ogni momento. Se per caso un supervisore o un collega del dott./dott.ssa: _____ mi dovesse riconoscere, mi si assicura che non vedrà la registrazione e non mancherà di tenere la riservatezza secondo le linee guida professionali standard. Capisco che le copie del materiale video verranno mantenute solo nel computer fisico presente nello studio del Dott./ssa _____, e che non verranno distribuite via e-mail, né in backup a fonti esterne come Youtube, cloud storage o di backup offsite basato su Internet.

Il sottoscritto/a, _____, nato/a _____ (___), il ___/___/___ e residente in _____ (___), Via _____, n. _____

autorizzo con la presente a tutti gli effetti di legge Firma _____

Il sottoscritto/a, _____, nato/a _____ (___), il ___/___/___ e residente in _____ (___), Via _____, n. _____

autorizzo con la presente a tutti gli effetti di legge Firma _____

Data _____ Dott./ssa _____