**Dichiarazione di consenso  
per la corrispondenza via e-mail tra**

il/la paziente:

e il/la professionista della salute:

Firmando il presente documento, accetta le seguenti condizioni:

* Conferma di essere consapevole che, attraverso la comunicazione via e-mail, vengono trasmessi anche dati sensibili.
* Il rischio che i suoi messaggi vengano intercettati da persone con intenzioni malevole è esiguo, tuttavia non può essere escluso.
* È probabile che lei utilizzi e-mail non crittografate e, pertanto, non adatte allo scambio di informazioni confidenziali. In qualità di specialista, non posso garantire la riservatezza e non posso essere ritenuto responsabile di eventuali guasti tecnici del sistema.
* La corrispondenza via e-mail è limitata allo scambio di informazioni semplici e non è adatta in caso di situazioni complesse o emergenze mediche.
* In qualità di professionista della salute, mi impegno a risponderle il più rapidamente possibile, tuttavia non posso garantire tempi di risposta prestabiliti. Può contattarmi telefonicamente al seguente numero: xxx xxx xx xx
* La prego di tenere presente che non rispondo alle e-mail al di fuori dell’orario di lavoro, nei fine settimana, nei giorni festivi e durante i periodi di vacanza.
* In caso di emergenza medica, la prego di chiamare direttamente il numero d’emergenza 144.
* Per garantire una corrispondenza efficace, la prego di confermare la ricezione delle mie e-mail; io farò lo stesso con le sue e-mail.
* La prego inoltre di informarmi se non desidera più utilizzare la corrispondenza via e-mail.
* La informo che i suoi messaggi saranno acquisiti nei suoi documenti medici.
* La prego di contattarmi telefonicamente in caso di dubbi sul contenuto dei messaggi scambiati, in modo da evitare qualsiasi malinteso.

Luogo e data Luogo e data

Paziente Professionista della salute