

**INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
*Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali*

**RICOVERI**

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che i suoi dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dal paziente (di seguito detto “interessato”) anche attinenti alla sua salute, saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte del personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’interessato.

Il **Titolare del trattamento** dei dati è **Casa di cura Fondazione Gaetano e Piera Borghi S.r.l.**, via Francesco Petrarca n. 33, 21020 – Brebbia (VA) (di seguito definito “il Titolare”).

Il **Responsabile per la Protezione dei Dati** (DPO), Avv.to F. Votta, è reperibile al contatto sotto indicato

**Finalità sanitarie e adempimento obblighi legali.**

I dati dell’interessato sono trattati al fine principale di fornire **prestazioni medico-sanitarie agli interessati** (diagnosi, assistenza, terapia sanitaria) e gestione dei sistemi e servizi sanitari. Per tale trattamento, comprese eventuali fotografie o riprese a soli fini documentativi delle attività medico-sanitarie svolte, non è richiesto il consenso dell’Interessato in quanto il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell’UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un professionista della sanità di cui alla lett. h, art. 9 del Regolamento).

I dati personali vengono altresì trattati al fine di provvedere alla gestione dell’ingresso/delle dimissioni, alla consegna dei referti, alla fatturazione in relazione alle prestazioni eseguite; all’osservazione obblighi legali e per provvedere alle necessarie comunicazioni alla Azienda Sanitaria Territoriale, alle Autorità amministrative e di Pubblica Sicurezza. Per tali finalità, la base giuridica del trattamento è da individuarsi nell’adempimento del contratto relativo alle prestazioni sanitarie (art. 6, lett. b del Regolamento UE 2016/679) e all’esecuzione di obblighi legali (art. 6, lett. c del Regolamento UE 2016/679) e non è necessario il consenso dell’interessato al trattamento dei propri dati.

Ai sensi dell’art. 9, lett. c) del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei dati particolari del paziente è lecito quando necessario per tutelare un interesse vitale dell’Interessato che si trovi nell’incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

**Eventuali ulteriori finalità che necessitano di consenso.** La casa di Cura può, con la prestazione di esplicito consenso dell’Interessato, comunicare a terzi i dati personali relativi alla Sua presenza per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate indirizzate al paziente, per comunicare a terzi i dati personali relativi al Suo stato di salute, nonché utilizzare il recapito postale, del telefono e della posta elettronica dell’Interessato per comunicazioni e promemoria.

REVISIONE	CODICE MODULO	DESCRIZIONE	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	DATA
REV. 08	MOD 01/00	CONSENSO PRIVACY RICOVERI	PRO 11	13/01/20

## CASA DI CURA

**Obbligatorietà dei dati.** I dati richiesti dal Titolare in relazione al contratto con la Casa di Cura sono obbligatori per l'esecuzione della prestazione ed il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità per l'Interessato di accedere ai servizi della Casa di Cura.

**Conservazione.** I dati saranno conservati secondo le vigenti leggi Nazionali e Regionali e potranno essere cancellati su specifica richiesta dell'interessato, salvo obblighi legali di conservazione. In particolare, le cartelle cliniche sono conservate illimitatamente, i Rad e i referti per 5 anni, i dati relativi agli adempimenti fiscali per 10 anni.

**Diffusione e comunicazione.** I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

**Responsabili del trattamento.** Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni, L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

**Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE.** I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO.** L'interessato ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'autorità giudiziaria.

**AMBITO CRS-SISS.** Sono a conoscenza che, in relazione alla prestazione eseguita dalla Casa di Cura Fondazione Gaetano e Piera Borghi, i miei dati sanitari potranno essere utilizzati anche nell'ambito del mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).

Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS- Informativa ex art. 76 D.lgs. 196/03" fornito da Regione Lombardia.

### Per contattare

- il Titolare del trattamento: telefono 0332/971333, mail: [privacy@fondazionegaetanopieraborghi.it](mailto:privacy@fondazionegaetanopieraborghi.it)
- il Responsabile della Protezione dei Dati: telefono 02 86453172 – [fvotta@legalassociati.eu](mailto:fvotta@legalassociati.eu)

REVISIONE	CODICE MODULO	DESCRIZIONE	DOCUMENTO RIFERIMENTO	DI DATA
REV. 08	MOD 01/00	CONSENSO PRIVACY RICOVERI	PRO 11	13/01/20

**CASA DI CURA**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/La sottoscritto/a (cognome)\* \_\_\_\_\_ (nome)\* \_\_\_\_\_

nato/a a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

in qualità di\*  paziente

o di  genitore del paziente minorenne

tutore  amministratore di sostegno come da provvedimento \_\_\_\_\_

del paziente (cognome)\* \_\_\_\_\_ (nome)\* \_\_\_\_\_

nato/a a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016 e al D.lgs. 196/2003, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione,

**AUTORIZZO** la Casa di Cura alla comunicazione dei nell'ambito del mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) necessaria per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa fornita da Regione Lombardia

SI

NO

**AUTORIZZO** a comunicare a terzi i dati personali relativi alla mia presenza per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate, ad eccezione delle seguenti persone:


**ACCONSENTO** inoltre, fin d'ora, che sia data comunicazione in ordine al mio stato di salute, alle sotto indicate persone:

	<i>COGNOME e NOME</i>	<i>AUTORIZZO</i>	<i>NON AUTORIZZO</i>	<i>RECAPITO TELEFONICO</i>
CONIUGE				
FIGLI				
GENITORI				
ALTRI				
ALTRI				

**AUTORIZZO** all'utilizzo da parte della struttura del mio recapito postale, del telefono e della posta elettronica, per comunicazioni relative al trattamento sanitario

SI

NO

Data .....

Firma .....

<i>REVISIONE</i>	<i>CODICE MODULO</i>	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>DOCUMENTO RIFERIMENTO</i>	<i>DI DATA</i>
REV. 08	MOD 01/00	CONSENSO PRIVACY RICOVERI	PRO 11	13/01/20



**CASA DI CURA**

**In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.**

Io sottoscritto (nome e cognome) \* \_\_\_\_\_, in qualità di  
\* \_\_\_\_\_, a conoscenza dell'impedimento alla sottoscrizione dell'Interessato, dichiaro di aver assistito  
alla consegna dell'informativa ed alla sua sottoscrizione mediante apposizione del segno X in luogo della firma.

Data.....

Firma del Testimone .....

**In caso di soggetto impossibilitato alla firma, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante**

Io sottoscritto (nome)\* \_\_\_\_\_ (cognome)\* \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico\* \_\_\_\_\_ in qualità di \* \_\_\_\_\_,

dichiaro di aver assistito/ricevuto alla/la consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del  
paziente

Data.....

Firma .....

\*Dati obbligatori.

<i>REVISIONE</i>	<i>CODICE MODULO</i>	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>DOCUMENTO RIFERIMENTO</i>	<i>DI DATA</i>
REV. 08	MOD 01/00	CONSENSO PRIVACY RICOVERI	PRO 11	13/01/20