

**INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)**

**AMBULATORI**

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che i suoi dati personali, e, in particolar modo, quelli c.d. “particolari” (ad es. relativi alla salute), vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016 (di seguito “Regolamento”). I dati forniti dal paziente (di seguito “interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure e 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, ivi comprese immagini fotografiche e videoregistrazioni in qualunque formato realizzate in occasione di esami strumentali e di diagnostica, 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, 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, ai sensi dell’art. 9, comma 2, lett. h del Regolamento. Si veda a tale proposito il provvedimento n. 55 del 7 marzo 2019 del Garante per la protezione dei dati personali.

I dati personali vengono altresì trattati al fine di provvedere alla gestione della prenotazione, alla consegna dei referti, alla fatturazione in relazione alle prestazioni eseguite; di osservare obblighi legali e 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, comma 1, lett. b, del Regolamento) e all’esecuzione di obblighi legali (art. 6, comma 1, lett. c, del Regolamento) e non è necessario il consenso dell’interessato al trattamento dei propri dati.

**Eventuali ulteriori finalità che necessitano di consenso.** La Casa di Cura può, con la prestazione di esplicito consenso dell’Interessato, utilizzare il recapito postale, del telefono e della posta elettronica dell’Interessato per comunicazioni e promemoria. Inoltre, la Casa di Cura può, sempre con la prestazione di esplicito consenso, utilizzare i predetti riferimenti dell’Interessato per proporre i medesimi servizi già effettuati od una loro estensione, anche in occasione di campagne promozionali o di prevenzione.

**Obbligatorietà dei dati.** I dati richiesti dal Titolare 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.

REVISIONE	CODICE MODULO	DESCRIZIONE	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	DATA
REV. 11	MOD 02/00	CONSENSO PRIVACY AMBULATORIO	PRO 11	6/10/21

**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 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 del Regolamento) e la rettifica (art. 16 del Regolamento) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (c.d. "diritto all'oblio") (art. 17 del Regolamento) o la limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 del Regolamento), oltre al diritto alla portabilità dei dati (ossia il diritto di ricevere in un formato di uso comune e leggibile i dati personali dell'interessato e di ottenerne il trasferimento – anche diretto, ove tecnicamente fattibile – senza alcun impedimento da parte del Titolare ad altro titolare del trattamento) (art. 20 del Regolamento).

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 del Regolamento).

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 DI RIFERIMENTO	DATA
REV. 11	MOD 02/00	CONSENSO PRIVACY AMBULATORIO	PRO 11	6/10/21

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto/a (cognome)\* \_\_\_\_\_ (nome)\* \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di\*  paziente  
o di  genitore  tutore  curatore  amministratore di sostegno  
del paziente (cognome)\* \_\_\_\_\_ (nome)\* \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

informato/a 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, così come modificato e integrato dal D.lgs. 101/2018, 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 dati nell'ambito del mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) necessaria per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa fornita da Regione Lombardia.

SI  NO

**AUTORIZZO** all'utilizzo da parte della struttura del mio recapito postale, del telefono e della posta elettronica, per comunicazioni relative al trattamento sanitario, nonché per proporre i medesimi servizi già effettuati od una loro estensione, anche in occasione di campagne promozionali o di prevenzione.

SI  NO

Data ..... Firma .....

**[In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X in luogo della 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 .....

REVISIONE	CODICE MODULO	DESCRIZIONE	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	DATA
REV. 11	MOD 02/00	CONSENSO PRIVACY AMBULATORIO	PRO 11	6/10/21