

MOD-25-MPO-MED

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA
COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

(Ai sensi del ex art. 13 Dlgs. 196/2003 e ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR -
Regolamento UE 2016/679)

Revisione n° 7
Data di emissione:
08 maggio 2018
Approvato ed emesso
in originale

Il/La sottoscritto/a

nato a il

residente in CAP Via

DICHIARA

di essere stato informato che:

L'acquisizione e il trattamento dei dati personali anagrafici e sanitari sono svolti in esecuzione di obblighi contrattuali, fiscali e amministrativi, conseguenti all'assistenza e alle prestazioni che vi vengono fornite o comunque finalità connesse; a fini statistici, di monitoraggio, studio e ricerca in campo medico-scientifico. Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di prestazioni presso altre strutture o di risultati di esami clinici che contribuiscono nel vostro percorso di diagnosi e cura.

I dati non sono utilizzati per profilazione né comunicati a terzi, tranne quando sia necessario, per ottemperare al vostro percorso di diagnosi e cura, o previsto dalla legge. L'ambito di diffusione dovrebbe essere nazionale. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (Regione, ASL, nonché tutti coloro coinvolti nel processo diagnostico terapeutico ed eventuali laboratori terzi) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati. Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà nostra cura informarvi in modo più preciso.

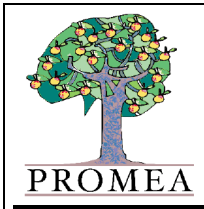
Il trattamento potrà avvenire con sistemi manuali e/o informatici, sulla base dei dati in nostro possesso o comunicatoci, con obbligo da parte vostra di riferirci tempestivamente eventuali correzioni e/o aggiornamenti. A livello di sistema informativo, adottiamo misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei nostri collaboratori, nel rispetto del segreto professionale.

In qualunque momento l'interessato ha diritto:

1. di accesso ai dati personali;
2. di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
3. di opporsi al trattamento;
4. alla portabilità dei dati;
5. di revocare il consenso;
6. di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Se l'interessato, nel suo diritto, si oppone a fornire i dati necessari per il percorso di diagnosi e cura, revoca il consenso o chiede la cancellazione dei dati il rapporto di cura non può aver luogo o si deve intendere interrotto.

1/2



MOD-25-MPO-MED

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA
COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

(Ai sensi del ex art. 13 Dlgs. 196/2003 e ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR -
Regolamento UE 2016/679)

Revisione n° 7
Data di emissione:
08 maggio 2018
Approvato ed emesso
in originale

Si ricorda anche che i tempi di conservazione dei dati sono: Illimitato per le cartelle cliniche di day surgery, chirurgia ambulatoriale, PMA (come da Circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità). Per almeno 10 anni per ciò che riguarda la documentazione iconografica ed ogni materiale diagnostico (ecografia, preparati citogenetici) tracciati, fotografie e filmati (D.M. San del 14 febbraio 1997)

Il **titolare** del trattamento è: Promea S.p.A. – telefono: 011-6640800, email: info@promaea.net

Il **responsabile** del trattamento è: la prof.ssa Elsa Margaria – telefono: 011-6640800, email: info@promaea.net

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dagli articoli 7,8,9 e 10 del Dlgs. 196/2003 e dal CAPO III - Diritti dell'interessato del GDPR.

AUTORIZZAZIONE COMUNICAZIONE DATI SANITARI A FAMILIARI O CONOSCENTI

da compilarsi solo se s'intende autorizzare qualcuno, in caso contrario non verranno fornite informazioni se non al diretto interessato.

Il/La sottoscritto/a autorizza le seguenti persone ad accedere a informazioni sullo stato di salute.

Nome e Cognome Grado parentela

Nome e Cognome Grado parentela

Nome e Cognome Grado parentela

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura da parte di PROMEA S.p.A.

Data Firma

In caso di minore / persona tutelata firma del genitore o del tutore

Il/La sottoscritto/a nato a

Il in qualità di genitore / tutor del paziente

Firma

2/2