

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per le Case di comunità e per le strutture territoriali ad esse afferenti CASA DI COMUNITÀ	Cod.MOD06IOG05PG37 Data: 21/07/2025 Rev. 2
--	---	---

Gentile utente,

ringraziandoLa per la fiducia accordataci nello scegliere la nostra struttura sanitaria, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (di seguito Reg. UE 679/2016), Le forniamo le dovute informazioni relative al trattamento dei dati personali forniti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Ai sensi degli artt. 4 e 24 del Reg. UE 679/2016, il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in viale Borri 57 - 21100 Varese, Tel. 0332.278.111, e-mail: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it, PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO - Data Protection Officer)

Ai sensi degli artt. 37 – 39 del Reg. UE 679/2016, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@asst-settelaghi.it.

TIPOLOGIA DI DATI

I dati raccolti dal Titolare concernono:

- a) Dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, luogo di nascita, cittadinanza, codice fiscale, sesso, indirizzo e dati di contatto in generale, numero di telefono/cellulare)
- b) Dati idonei a rivelare lo stato di salute di cui all'art. 4, par. 1 n.15 e all'art. 9 del GDPR (ad es. numero di ricetta, quesiti diagnostici, prestazione sanitaria, struttura sanitaria erogatrice, esenzioni ticket);
- c) Dati relativi al soggetto prescrittore come ad esempio medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medico specialista del SSN.

Le informazioni richieste sono necessarie per poter completare il percorso di erogazione delle prestazioni sanitarie. La mancata comunicazione di tali informazioni pregiudica l'erogazione del servizio.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è effettuato per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) gestione adempimenti fiscali, amministrativi e contabili connessi alle attività istituzionali in adempimento agli obblighi statali e regionali;
- b) attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione a fini di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, di terzi o della collettività, esecuzione degli esami e/o delle visite mediche richieste, refertazione, consegna del referto;
- c) attività di consulenza socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Le Case di Comunità si connotano come strutture di prossimità per il cittadino in cui opera un team multidisciplinare composto non solo da professionisti afferenti al sistema sociosanitario ma anche afferenti al sistema sociale. La copresenza di questi professionisti, lo sviluppo di un'adeguata struttura informativa che consenta l'interazione tra questi e le altre unità di offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e servizi a supporto dell'utenza fragile (es. punto unico di accesso, valutazione multidimensionale) rendono la C.d.C. punto di riferimento continuativo e di prossimità per la popolazione, garantendo promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni, come specificato nel DM 77 del 2022.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per le Case di comunità e per le strutture territoriali ad esse afferenti CASA DI COMUNITÀ	Cod.MOD06IOG05PG37 Data: 21/07/2025 Rev. 2
--	---	---

LICEITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento di dati sopra descritto trova la propria base giuridica nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. e), ed art. 9, par. 2, lett. h), i) e g) GDPR) e nell'adempimento ai connessi obblighi di legge (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR).

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali vengono trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, consultazione, adattamento o modifica, uso, comunicazione, estrazione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione. I Suoi dati personali sono trattati con supporti cartacei o informatici, includendo la eventuale creazione di una Cartella Clinica Digitale dedicata e l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei Suoi dati personali.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo prescritto dalle vigenti normative in materia di conservazione dei dati personali e comunque non oltre il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra. In qualsiasi momento, Lei potrà chiedere i tempi di conservazione dei Suoi dati, coerentemente con ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it, PEC protocollo@pec.asst-settelaghi.it.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità sopra individuate; pertanto, il loro mancato conferimento comporta da parte del Titolare l'impossibilità ad erogare le prestazioni richieste.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- a) Tutti gli Enti sanitari e socio sanitari, con i quali vengono condivisi i dati attraverso il sistema SISS;
- b) Enti previdenziali;
- c) Forze di polizia, Autorità giudiziaria ed altre Istituzioni pubbliche, nei casi previsti dalla legge;
- d) Responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile;
- e) Altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.

L'elenco completo di tutti i Responsabili ex art. 28 GDPR, che potranno venire a conoscenza dei Suoi dati nell'espletamento delle proprie attività di collaborazione con il Titolare, può essere da Lei richiesto al Titolare, scrivendo a: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it, PEC protocollo@pec.asst-settelaghi.it. Si precisa che qualora decidesse, pur avendo già dato il consenso al trattamento dei propri dati sanitari tramite Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), di non rendere visibili i dati relativi alla prestazione richiesta, avvalendosi della possibilità prevista dalla Piattaforma CRS – SISS di chiederne – in qualsiasi momento – l'oscuramento, Lei è tenuto a farne specifica richiesta agli operatori dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con cui Lei entra in contatto nel Suo percorso di cura.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per le Case di comunità e per le strutture territoriali ad esse afferenti CASA DI COMUNITÀ	Cod.MOD06IOG05PG37 Data: 21/07/2025 Rev. 2
--	---	---

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO

I dati raccolti ed elaborati non vengono trasferiti presso società o altre entità al di fuori dello Spazio economico europeo.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Nella Sua qualità di Interessato al trattamento dei dati in esame, Le sono riconosciuti i **diritti** di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ovvero di chiedere al Titolare: l'accesso ai dati personali, l'indicazione delle modalità, finalità e logiche del trattamento e la richiesta di limitazione, opposizione, la rettifica e la cancellazione, nei limiti e nelle modalità indicate dal GDPR. Infine, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo all'Autorità competente di cui all'art.77 GDPR. Potrà esercitare i diritti sopra riportati scrivendo a: Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese, e-mail: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it, PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it.

Si precisa che in qualunque momento può prendere visione della presente informativa e degli altri documenti privacy sul sito istituzionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, nella Sezione "Privacy".

Il Titolare del trattamento
 Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

MODULO DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

Il sottoscritto/la sottoscritta (nome e cognome) _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____ prov. _____,

in qualità di: ☐ **interessato/a maggiorenne**

oppure di: ☐ **genitore (rappresentante la volontà di entrambi i genitori)** ☐ **tutore** ☐ **amministratore di sostegno**

Inserire di seguito i dati del minore o del maggiorenne incapace, interdetto o assistito:

(nome e cognome) _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____ prov. _____,

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa privacy di cui sopra.

Luogo e data: _____

Firma _____

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per le Case di comunità e per le strutture territoriali ad esse afferenti CASA DI COMUNITÀ	Cod.MOD06I0G05PG37 Data: 21/07/2025 Rev. 2
--	---	---

MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

Il sottoscritto/la sottoscritta (nome e cognome) _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____ prov. _____,

in qualità di: ☐ **interessato/a maggiorenne**

oppure di: ☐ **genitore (rappresentante la volontà di entrambi i genitori)** ☐ **tutore** ☐ **amministratore di sostegno**

Inserire di seguito i dati del minore o del maggiorenne incapace, interdetto o assistito:

(nome e cognome) _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____ prov. _____,

DICHIARA

di autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare i dati relativi allo stato di salute dell'Interessato/a a:

familiari ☐ **Sì** ☐ **No** **medico di fiducia** ☐ **Sì** ☐ **No**

(indicare nome e cognome) _____

altri ☐ **Sì** ☐ **No**

(indicare nome e cognome) _____

Luogo e data: _____

Firma _____