

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO Informativa pazienti e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito anche “GDPR”) e della normativa privacy nazionale vigente RICOVERI E DEGENZE	Cod: MOD04IOG05PG37 Data: 28/06/2022 Rev.1
---	--	---

Gentile Signore/a, nel ringraziarLa per la fiducia accordataci scegliendo la nostra struttura sanitaria, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito, anche “GDPR”) e della normativa privacy interna vigente, con la presente Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Il Titolare del trattamento dei dati personali, da Lei conferiti e da noi acquisiti nello svolgimento dei servizi e prestazioni richiesti, è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese, che potrà essere contattato ai seguenti recapiti: Ufficio Relazioni con il pubblico, tel. 0332-278.395, urp@asst-settelaghi.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato scrivendo a: dpo@asst-settelaghi.it.
3. Il trattamento dei dati personali, dati personali comuni e particolari, acquisiti direttamente presso l'Interessato o tramite terzi, è effettuato per il perseguimento delle seguenti **finalità**:
 - a) gestione della prenotazione, 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.

Il trattamento dei dati sopra descritto alle lett. a) e b) trova la propria base giuridica negli artt. 6, par. 1, lett. b) ed e) GDPR 9, par. 2, lett. b) e h) GDPR. Il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità individuate ai punti a) e b); pertanto, il mancato conferimento comporta da parte del Titolare l'impossibilità ad erogare le prestazioni richieste.
4. I dati potranno essere utilizzati altresì nell'ambito di progetti di ricerca scientifica e/o statistica in campo medico, biomedico o epidemiologico. Tale trattamento, che normalmente è eseguito in forma anonimizzata, se eseguito in forma non anonima sarà effettuato solo previa raccolta del suo libero ed espresso consenso a seguito di specifica informativa ex art. 13 GDPR.
5. Il Titolare può estrarre, attraverso strumenti informatici, alcuni dati personali ai fini della **profilazione** strettamente necessaria alle attività sopra specificate. In ogni caso, si precisa che tale profilazione non costituisce in alcun modo raccolta di dati riferibili alla singola persona, in quanto è caratterizzata dalla “anonimizzazione” del dato stesso.
6. I dati personali possono essere **comunicati ai seguenti soggetti**:
 - a) Enti sanitari e socio sanitari, con i quali vengono condivisi attraverso il sistema SISS, nel caso di sua preventiva adesione;
 - b) Enti previdenziali;
 - c) Pubbliche Amministrazioni, cui la comunicazione è necessaria per le attività di rendicontazione e controllo sull'attività dell'ASST;
 - d) Compagnie assicuratrici all'Interessato o all'Azienda legate da apposito rapporto contrattuale, al fine di dare seguito ad eventuali richieste di indennizzo;
 - e) Forze di polizia e Autorità giudiziaria, nei casi previsti dalla legge;
 - f) soggetti esterni all'ASST che svolto trattamenti per suo conto, opportunamente designati Responsabili ex art. 28 GDPR, e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile esterno;
 - g) Altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.
7. L'elenco completo di tutti i Responsabili esterni, che potranno venire a conoscenza dei dati nell'espletamento delle proprie attività di collaborazione con il Titolare, può essere richiesto al Titolare, scrivendo a: Ufficio Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.
8. Si precisa che qualora decidesse 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.
9. 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, diffusione, comunicazione, estrazione, raffronto, interconnessione, profilazione limitatamente alle attività di cura, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono trattati con supporti cartacei o informatici, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei Suoi dati personali.
10. I dati personali saranno **conservati** per il periodo di tempo prescritto dalle vigenti normative in materia di conservazione dei dati personali per attività di cura (cfr. Circolare della Sanità 19 dicembre 1986 e vigente Massimario della Regione Lombardia) e comunque non oltre il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui al punto 3. In qualsiasi momento, Lei potrà chiedere gli esatti tempi di conservazione dei Suoi dati, coerentemente con ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a: Ufficio Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.
11. Nella Sua qualità di Interessato al trattamento dei dati in esame, Le sono riconosciuti i **diritti** di cui al 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 o portabilità dei dati, la rettifica e la cancellazione, nei limiti e nelle modalità indicate dal GDPR.
12. Infine, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo all'Autorità competente di cui all'art. 77 GDPR.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO Informativa pazienti e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito anche “GDPR”) e della normativa privacy nazionale vigente RICOVERI E DEGENZE	Cod: MOD04IOG05PG37 Data: 28/06/2022 Rev.1
---	---	---

Potrà esercitare i diritti sopra riportati, nonché il diritto di revoca del consenso, scrivendo a: Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese - Ufficio Relazioni con il pubblico, 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

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____, C.F. _____
(nome e cognome)
 nato/a a _____ il _____,
 indirizzo _____ Telefono/Cellulare _____

in qualità di:

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

Inserire i dati del minore o del maggiorenne incapace o assistito:

_____, C.F. _____
(nome e cognome)

nato/a a _____ il _____, indirizzo _____

DICHARA

- Di aver ricevuto in data odierna l’informativa per il trattamento dei dati personali, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati relativi alla salute (art. 9 GDPR) della persona a cui viene erogata la prestazione sanitaria per finalità di cura, diagnosi e terapia;
- **Di autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare la presenza dell’Interessato in Ospedale:** ☐ Sì ☐ No
- **Di autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare i dati relativi allo stato di salute dell’Interessato/a (anche attraverso strumenti informatici):**

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

altre persone *(indicare nome e cognome)*

.....

Data _____ **Firma** _____