

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	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 CONSENSO PER COMUNICAZIONE DEI DATI A TERZI	Cod: MOD10 IOG05PG37 Data: 28/06/2022 Rev. 1
---	--	--

Gentile Signore/a,

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, email: 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 avviene al fine di agevolare le comunicazioni delle informazioni relative alla Sua salute ai soggetti da lei indicati e ad agevolare le comunicazioni di servizio da parte dell’Azienda inerenti alle prestazioni sanitarie da lei ricevute.
4. Il trattamento dei dati per le finalità descritte al punto 3. trova la propria base giuridica nel libero e facoltativo consenso dell’Interessato (artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR). L’eventuale diniego non preclude in alcun modo l’erogazione delle prestazioni sanitarie richieste dall’Interessato.
5. I dati conferiti saranno trattati da personale autorizzato e debitamente designato. Ove nello svolgimento di tale attività l’ASST si avvarrà di soggetti esterni, l’Azienda provvederà alla loro formale designazione a Responsabili ex art. 28 GDPR. L’elenco completo di tutti i Responsabili esterni, 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 Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.
6. I dati personali saranno trattati con supporti cartacei o informatici, con l’adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei Suoi dati personali.
7. I dati personali saranno conservati solo per il periodo strettamente 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.
8. 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.
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 - Ufficio Relazioni con il pubblico, protocollo@pec.asst-settelaghi.it . Si precisa che, in qualunque momento, può prendere visione della documentazione 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 _____ il _____,

indirizzo _____, Telefono/Cellulare _____

I

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:

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

nato/a a _____ il _____,

indirizzo _____

preso atto delle informazioni fornite attraverso specifica informativa ex art. 13 GDPR,

DICHIARA

- 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 i dati relativi allo stato di salute dell'Interessato/a (anche attraverso strumenti informatici) a:**

familiari Sì No

_____ (indicare nome e cognome del familiare)

_____ (indicare nome e cognome del familiare)

medico di fiducia Sì No

_____ (indicare nome e cognome del Medico di fiducia)

altre persone (indicare nome e cognome)

.....

Data _____

Firma _____