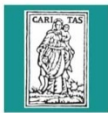


Gentile Signore/a, nel ringraziarLa per la fiducia accordataci scegliendo la nostra struttura sanitaria, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito, anche "GDPR") e della normativa privacy interna vigente, con la presente Le forniamo le seguenti informazioni:

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 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;
 - c) supporto alla donna ed al nucleo familiare nel periodo di gravidanza e nella gestione della maternità;
 - d) attività di consulenza psicologica, ginecologica ed ostetrica;
 - e) attività di consulenza socio-assistenziale;
 - f) attività certificatorie di competenza.
 4. Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità individuate ai punti a) - f); pertanto, il loro mancato conferimento comporta da parte del Titolare l'impossibilità ad erogare le prestazioni richieste. 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) GDPR) e nell'adempimento ai connessi obblighi di legge (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR).
 5. Il Titolare può estrarre, attraverso strumenti informatici, alcuni Suoi 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 Sua persona, in quanto è caratterizzata dalla "anonimizzazione" del dato stesso.
 6. 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, nel caso di sua preventiva adesione;
 - b) Enti previdenziali;
 - c) Forze di polizia, Autorità giudiziaria ed altre Istituzioni pubbliche, nei casi previsti dalla legge;
 - d) Responsabile esterno del trattamento e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile esterno;
 - e) Altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.
- 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. Si precisa che qualora decidesse di non rendere visibili i dati relativi alla prestazione richiesta all'interno del FSE, 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.
7. 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, 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.
 8. 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 al punto 3. In qualsiasi momento, Lei potrà chiedere i tempi di conservazione dei Suoi dati, coerentemente con ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a: Ufficio Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.
 9. 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, 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.
 10. 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

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
(nome e cognome)

il _____, Indirizzo _____

In qualità di: **interessato/a maggiorenne**

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

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

nome e cognome _____, nato/a a _____,

il _____, indirizzo _____

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 della persona a cui viene erogata la prestazione richiesta;
- 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)

.....

Data, _____

Firma _____

In caso di minore di anni 18 ma maggiore di anni 14, l’Operatore _____, in qualità di _____,

DICHIARA

di aver accertato le capacità personali di agire, comprendere, valutare autonomamente e di prendere decisioni con riguardo alla specifica situazione oggetto della consultazione (cfr. art. 2 L. 194/78, art. 2 L. 176/91, art. 4 L. 285/97, artt. 2 e 8 L. 184/83, art. 1 L.405/75).

L’Operatore
