

Informativa e consenso al trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO

Ai fini previsti dal Regolamento UE n. 689/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, La informiamo che i dati personali da Lei forniti ed acquisiti dallo Studio Medico sopra individuato saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal predetto Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti.

Le segnaliamo, pertanto, quanto segue.

Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è _____

C.F. _____ recapito telefonico _____.

Tipi di dati oggetto del trattamento

Il Titolare tratterà i dati che rientrano nelle definizioni di cui all'art. 4(1) e 9(1) del Regolamento, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nome, cognome, il numero di telefono, l'indirizzo e-mail, nonché categorie particolari di dati personali quali i dati relativi allo stato di salute che verranno raccolti nell'espletamento delle prestazioni mediche / odontoiatriche, di seguito e complessivamente solo "Dati Personali".

Finalità, base giuridica e natura facoltatività o obbligatoria del trattamento

I suoi Dati Personali saranno trattati, dietro suo specifico consenso, se necessario, per:

- a) erogare i servizi richiesti (eseguire la prestazione medico / odontoiatrica, riscontrare specifiche richieste di informazioni, effettuare, se necessario, prescrizioni farmacologiche, consulenza medico / odontoiatrica, fornire chiarimenti, e, in generale, per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili, connesse all'esecuzione del rapporto tra le parti);
- b) assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- c) comunicare i suoi Dati Personali al suo medico curante.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettere a) e b) è facoltativo, ma in difetto non sarà possibile espletare la prestazione medica / odontoiatrica.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera c) è altresì facoltativo e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione medica / odontoiatrica e l'erogazione dei servizi richiesti, ferma l'impossibilità per lo Studio di comunicare i Dati Personali al suo medico curante.

In relazione a quanto sopra, il trattamento dei suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Destinatari e trasferimento dei Dati Personali

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- ✓ persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (medici sostituti, laboratorio analisi / odontotecnico, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti);
- ✓ soggetti, enti o autorità a cui sia obbligatorio comunicare i suoi Dati Personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di ordini delle autorità;
- ✓ al suo medico curante, previo rilascio del suo consenso specifico.

Il Titolare non trasferisce i suoi Dati Personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

Conservazione dei Dati Personali

I suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera a) saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche e odontoiatriche e dei servizi richiesti. È fatta salva in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile tra cui quella prevista dall'art. 2946 c.c. anche al fine di consentire al Titolare del trattamento di ricostruire l'attività diagnostico – terapeutica effettuata per Suo conto.

I suoi Dati Personali trattati per la finalità di cui alla lettera b) saranno conservati fino al tempo previsto dallo specifico obbligo o norma di legge o provvedimento applicabile.

Per la finalità di cui alla lettera c) i suoi Dati Personali saranno invece trattati, come regola generale, fino alla revoca del suo consenso.

È fatta salva in ogni caso la possibilità del Titolare di conservare i suoi Dati Personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge nazionale a tutela dei propri interessi (art. 2946 c.c.).

I suoi diritti

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo:

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali), ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati Personali sia contrario alla normativa in vigore.

Letta e compresa l'informativa ex art. 13 del Regolamento 2016/679

Acconsento Non acconsento

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti GDPR al trattamento dei miei Dati Personali per finalità illustratemi nella sovra estesa informativa.

Acconsento Non acconsento

alla comunicazione dei miei Dati Personali al mio medico curante.

_____, lì _____

Nome e cognome: _____

Firma _____

IN CASO DI PAZIENTI MINORENNI:

Io sottoscritto/a Signor/a (dati dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore),

nome cognome _____, nato/a a _____, il _____,

residente in _____, via _____,

n° _____, CAP _____

nella qualità di genitore/tutore e come tale legale rappresentante del minore (dati del minore):

nome cognome _____, nato a _____, il _____,

residente in _____, via _____,

n° _____, CAP _____.

letto e compreso quanto precede, fermo restando che i Dati Personali del minore non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà:

Acconsento Non acconsento

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti GDPR al trattamento per finalità illustratemi nella sovra estesa informativa al trattamento dei mie Dati Personali e dei Dati Personali del minore.

Acconsento Non acconsento

Alla comunicazione dei Dati Personali del minore al medico curante.

Inoltre, garantisco e dichiaro sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne il Titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo:

- a) di essere il legale rappresentante del minore ed essere legittimato/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra;

b) che i dati identificativi su riportati del dichiarante e del minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità.

_____, lì _____

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore _____