

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI SANITARI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) N .2016/679**

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, (Regolamento UE n. 2016/679), in conformità con i principi (art.5) di **Liceità del Trattamento**, si dichiara che il/la sottoscritto/a _____ è stato/a

informato/a su:

1) La **natura** dei dati personali relativi alla salute trattati riguardano lo stato di salute dell'interessato e rivelano informazioni connesse allo stato di salute fisica o mentale passata, presente o futura dello stesso. Questi comprendono: informazioni sulla persona fisica raccolti nel corso della sua registrazione al fine di ricevere servizi di assistenza sanitaria o della relativa prestazione; un numero, un simbolo o un elemento specifico attribuito a una persona fisica per identificarla in modo univoco a fini sanitari; le informazioni risultanti da esami e controlli effettuati su una parte del corpo o una sostanza organica, compresi i dati genetici e i campioni biologici; e qualsiasi informazione riguardante, ad esempio, una malattia, una disabilità, il rischio di malattie, l'anamnesi medica, i trattamenti clinici o lo stato fisiologico o biomedico dell'interessato, indipendentemente dalla fonte, quale, ad esempio, un medico o altro operatore sanitario, un ospedale, un dispositivo medico o un test diagnostico in vitro.

2) Le **finalità e modalità** del trattamento cui sono destinati i dati sono connessi con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico, dallo psicologo e/o altro collaboratore professionista a tutela della salute, oltre alle attività connesse alla medicina del lavoro e sicurezza sociale e protezione sociale;

I dati potranno essere trattati in forma cartacea ed elettronica (per invio di promemoria di appuntamenti, per ricordarle le norme di preparazione agli esami o per fornirle altre informazioni utili ai fini dei servizi/prestazioni da Lei richiesti), con accesso consentito ai soli operatori autorizzati, precedentemente nominati Responsabili o Incaricati del trattamento, i quali hanno seguito dei corsi di formazione specifici e vengono periodicamente aggiornati sulle regole della privacy e sensibilizzati al rispetto e alla tutela della dignità e della riservatezza del paziente.

Tutti gli operatori che accedono ai dati informatizzati sono identificabili e dotati di password personale d'accesso; l'accessibilità ai dati è consentita solo per le finalità legate al ruolo dell'operatore e solo per lo stretto tempo necessario a trattare la prestazione per la quale il paziente si è recato presso la Struttura.

3) I dati raccolti sono adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario per le finalità dichiarate e il loro trattamento è sempre coerente con le medesime finalità (minimizzazione dei dati);

5) I dati personali e sensibili da Lei forniti e/o prodotti dalla nostra Struttura, incluso i dati dei referti di radiologia diagnostica verranno **conservati** per il tempo previsto dall'attuale normativa rispettando il principio di minimizzazione di cui all'art.5, comma1, lettera c) del GDPR.

6) Il **consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili è **indispensabile** per accedere alle cure richieste, senza di esso il paziente non potrà essere curato nella nostra Struttura. Il trattamento per fini amministrativi verrà effettuato nel rispetto del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari adottato dalla

Regione, sul quale l'Autorità Garante ha espresso parere favorevole.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare il consenso dato per ciascuno dei trattamenti, rivolgendosi all'URP.

7) **Comunicazione dei dati:** la riservatezza dei dati personali raccolti è tutelata dal segreto professionale. I dati non sono soggetti a diffusione né a trasferimento all'estero. La struttura sanitaria potrà comunicare i dati personali a soggetti, società esterne o professionisti che li tratteranno quali titolari autonomi o responsabili per conto della struttura sanitaria stessa, per fornire servizi strettamente necessari connessi e strumentali alla propria attività. In particolare, i predetti soggetti potranno essere costituiti da:

Altre strutture sanitarie in rapporto con la nostra struttura sanitaria

Laboratori di analisi,

Medici specialisti,

Aziende ospedaliere, case di cura private,

Enti previdenziali per gli scopi connessi alle prestazioni che l'ente sarà tenuto a fornire

- Compagnie di assicurazione, Casse mutua, Fondi aziendali,
- Società o professionisti che svolgono attività amministrativa, contabile, informatica, fiscale, legale, di recupero crediti ed assicurativa per conto della struttura sanitaria.
- Pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.
- Autorità Giudiziaria e/o di Autorità di Pubblica Sicurezza od altri enti destinatari per legge o regolamento nei casi previsti espressamente dalla legge
- Compagnie di assicurazione, Casse Mutua, Fondi Aziendali nel caso il costo della prestazione sia a carico di terzi.
- Collaboratori professionisti e società collegate o/e che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;

8) L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'elenco degli accessi effettuati ai propri dati, nonché la loro rettifica e la loro cancellazione ove quest'ultima non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati; ha il diritto di richiedere la trasmissione dei propri dati a un altro operatore sanitario in un formato leggibile con le più comuni applicazioni; ha il diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei **diritti dell'interessato**.

9) I dati della **firma grafometrica** per la sottoscrizione del presente consenso, vengono incorporati nel documento informatico in modo crittografato e sono funzionali a verificare l'integrità e l'autenticità del documento stesso. L'impiego della firma grafometrica non richiede la creazione di una banca dati biometrica, per tale motivo **non rappresenta un pericolo per la raccolta e il trattamento dei dati personali**. La firma acquisita viene associata al documento informatico (in formato PDF) che riproduce il contenuto e lo rende visibile allo scopo di impedire l'alterazione del testo per la sua sottoscrizione.

10) il **Titolare del Trattamento** è **Diamedica Centro Medico Polispecialistico Italiano S.r.l.** società unipersonale (**Legale rappresentante Dott.ssa Gemma Elena Virginia Randelli**), la struttura è ubicata in via Flavio Baracchini 10, 20123 Milano;

11) Il Data Protection Officer (**DPO**) di Diamedica Centro Medico Polispecialistico Italiano S.r.l società unipersonale è la **Dott.ssa Ilaria Wanda Salvadori**, in possesso dei requisiti professionali necessari per svolgere tale ruolo e i relativi compiti assegnati.

RILASCIO DEL CONSENSO INFORMATO

- Ai sensi del Regolamento (UE) N. 2016/679, rilascio specifico consenso al trattamento dei miei dati personali, comuni e sensibili, a Diamedica Centro Medico Polispecialistico Italiano S.r.l società unipersonale (Legale rappresentante Dott.ssa Gemma Elena Virginia Randelli) nelle modalità e per le finalità sopra descritte. Il consenso vale anche per la comunicazione e per il successivo trattamento da parte dei soggetti destinatari dell'eventuale comunicazione dei miei dati secondo quanto previsto nell'informativa stessa.**

Milano, _____

Cognome Nome _____

Nato/a a _____

il, _____

CF: _____

Residenza: _____

e-mail: _____

Telefono: _____

FIRMA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'INVIO DI NEWSLETTER

La nostra società DIAMEDICA CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO ITALIANO S.r.l., avrebbe il piacere di inviarLe mediante l'utilizzo del Suo indirizzo e-mail comunicazioni relative a:

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | i propri prodotti/servizi |
| <input type="checkbox"/> | attivazione di nuovi servizi |
| <input type="checkbox"/> | iniziative di prevenzione |
| <input type="checkbox"/> | materiale relativo a questionari di |
| soddisfazione degli utenti | |
| <input type="checkbox"/> | iniziative culturali |
| <input type="checkbox"/> | campagne marketing |

E' esclusa qualsiasi diffusione dei Suoi dati, e qualsiasi trasferimento all'estero.

L'interessato mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo diamedica@diamedica.it o l'invio di un telefax al n.02.72021207 può richiedere in qualsiasi momento:

- l'elenco degli accessi effettuati ai propri dati personali;
- ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento;
- opporsi al trattamento;
- alla portabilità dei dati (diritto applicabile ai soli dati in formato elettronico);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

Io sottoscritto _____,

C.F. _____

Acconsento all'invio di newsletter.

Milano, _____

FIRMA
