

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI RESA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE)
GDPR N. 679/16 E S.M.I. DEL D.LGS N. 101/2018**

Figure e contatti

Titolare del trattamento: **PSG MEDICA S.R.L.**, in persona del Legale Rappresentante pro-tempore
Sede legale: **Piazza Adriano n. 9 – 10139 Torino**
E-mail: info@psgmedica.it
Num. Telefono: **378.3039842**

Il sottoscritto/a,
Nome e Cognome _____
Codice Fiscale _____
Luogo di Nascita _____
Data di Nascita _____

Tipologia di dati

Dati anagrafici e di contatto
Dati fiscali, bancari e assicurativi
Dati relativi allo stato di salute del paziente e dei familiari del paziente nei casi in cui vi sia la necessità di anamnesi remota
Dati biometrici (es. firma grafometrica)

Finalità del trattamento

I dati personali e particolari da Lei forniti verranno utilizzati per le seguenti finalità:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) attività amministrativa collegata all'erogazione della prestazione sanitaria (prenotazione, accettazione, attività programmatoria);
- c) attività contabili legate alla prestazione erogata (fatturazione, registrazioni contabili, pratiche rimborsi Fondi assicurativi ecc.);
- d) attività amministrativa per migliorare i servizi offerti al paziente (es. invio di promemoria della prenotazione via sms/mail)

Liceità del trattamento

Il trattamento dei dati personali e particolari da noi svolto è legittimo perché si fonda sulle seguenti basi giuridiche:

- per le finalità di cui al punto a) l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali;
- per le finalità di cui al punto b) è necessario all'esecuzione di un contratto;
- per le finalità di cui al punto c) è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e/o all'esecuzione di un contratto;
- per le finalità di cui al punto d) è necessario per il perseguimento di un interesse legittimo.

I dati personali e quelli particolari relativi alla salute verranno conservati per il tempo non superiore a quello strettamente necessario a perseguire le finalità per i quali gli stessi sono stati raccolti, e comunque nei termini indicati dalle leggi di riferimento. Le specifiche sui tempi di conservazione per ciascuna categoria di dato sono consultabili in azienda su richiesta dell'interessato.

Per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione il conferimento dei dati, nonché il consenso al loro utilizzo, è obbligatorio, pertanto il mancato conferimento comporta per l'Azienda l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta. Per le finalità di miglioramento dei servizi, invece, il conferimento dei dati è facoltativo, il mancato conferimento non comporterà alcuna conseguenza e non pregiudicherà in alcun modo le cure o le prestazioni sanitarie cui ha diritto.

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

- su supporto elettronico e su supporto cartaceo;
- attraverso i medici che collaborano con la Struttura, laboratori esterni ed il personale sanitario ed amministrativo che svolge le proprie mansioni alle dipendenze dell'Azienda, nominati autorizzati del trattamento ed opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dal Regolamento;
- anche da remoto con modalità sicure;
- utilizzando misure di sicurezza tecniche ed organizzative valutate idonee a garantire la protezione, la disponibilità e l'integrità dei dati, evitando l'indebito accesso a soggetti terzi o a personale non autorizzato.

Destinatari dei dati

I Suoi dati personali (o quelli delle persone rappresentate), con particolare riferimento a quelli particolari atti a rivelare lo stato di salute (anche genetici e biometrici) potranno costituire oggetto di comunicazione da parte dell'Azienda alle seguenti categorie di soggetti:

- a strutture pubbliche, quali il Ministero della Salute, l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, alle Aziende Sanitarie Locali;
- a laboratori esterni od altre strutture sanitarie quando la comunicazione è necessaria per poter eseguire il servizio
- a persone da Lei delegate, in relazione all'esito delle visite
- a compagnie assicurative o istituti di previdenza ed assistenza
- a studi legali per l'eventuale tutela dei nostri diritti o per la gestione di contenziosi

Diritti del soggetto del trattamento:

L'interessato ha diritto a richiedere per iscritto al Titolare del trattamento, in base a quanto previsto dal Regolamento, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile (art. 15), la rettifica e l'integrazione (art. 16), la limitazione (art. 18), la cancellazione dei propri dati, citato anche come diritto all'oblio (art. 17), la portabilità dei propri dati (art. 20), il diritto all'opposizione (art. 21) e potrà esercitare il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che la riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona (art. 22).

Inoltre, l'interessato ha diritto di:

- revocare il proprio consenso in qualsiasi momento
- proporre reclami all'Autorità di controllo
- conoscere le conseguenze del mancato consenso
- conoscere l'esistenza di un processo di profilazione dei propri dati

Modalità di esercizio dei propri diritti

L'interessato ha diritto di esercitare tutti i propri diritti semplicemente inviando richiesta scritta al Titolare del trattamento, alla e-mail: info@psgmedica.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

presa visione della presente informativa che mi è stata resa ai sensi dell'art.13 n. RGPD 679/2016
ACCONSENTE al TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI e PARTICOLARI per le SEGUENTI FINALITA':

- SI - NO prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- SI - NO attività amministrativa per migliorare i servizi offerti al paziente (es. invio di promemoria della prenotazione via sms/mail)
- SI - NO consenso all'invio tramite mail di copia non firmata del referto e al ritiro di eventuali CD ROM per il quale verrà inviato a mezzo mail il referto
- SI - NO comunicazione ad Enti quali: Fondi sanitari integrativi, Assicurazioni, Casse mutua, ecc. (secondo le modalità ed i criteri contenuti nel contratto con essi stipulato)

Firma _____

IN CASO DI PRESENZA DI ENTRAMBI I GENITORI:

Io _____ sottoscritto/a _____ il _____ residente a _____ nato/a _____ a _____ in _____
via _____ n. _____;

in qualità di:

Esercente la responsabilità genitoriale di _____ (Nome e cognome minore)

Firma _____

PER I MINORI ACCOMPAGNATI DA UN SOLO GENITORE:

consapevole della responsabilità che mi assumo, dichiaro che l'altro genitore è a conoscenza ed autorizza il trattamento dei dati secondo i consensi da me sopra espressi

Firma _____

Consenso per il trattamento dei suoi dati

COGNOME: _____ NOME: _____

CODICE FISCALE: _____ E-MAIL: _____ CELLULARE: _____

COMUNE DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____

IN QUALITÀ DI:

- PAZIENTE
- TUTORE DI: _____
- MADRE DI: _____
- PADRE DI: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

CODICE FISCALE: _____ E-MAIL: _____ CELLULARE: _____

COMUNE DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____

IN QUALITÀ DI:

- PAZIENTE
- TUTORE DI: _____
- MADRE DI: _____
- PADRE DI: _____

Nel caso in cui uno dei due genitori non possa essere presente

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

[] Lontananza [] Impedimento [] Incapacità naturale/legale [] Altro _____

Firma: _____

Letta l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e riconosciuto che il trattamento dei miei dati personali o di quelli delle Persone Rappresentate effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR), dichiaro invece quanto segue:

LIBERATORIA ALL'USO DELLE IMMAGINI E/O VIDEO AI FINI DIAGNOSTICI

Il sottoscritto/a:

AUTORIZZA

a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, l'utilizzo delle foto o video, effettuati durante gli esami e le visite diagnostiche espletati dalla sopraccitata Società e autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della stessa.

In caso di presenza di MINORE, autorizzo in qualità di:

Parente (indicare grado di parentela) _____

Tutore Legale Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

di _____ (Nome e cognome minore)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Finalità del trattamento: PSG MEDICA S.R.L. tratterà i suoi dati personali (immagini/video) per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni di natura medica o sanitaria da Lei richieste.

Modalità di trattamento dei dati: I dati personali da Lei forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle fotografie/video, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza cui è ispirata l'attività della Società. Tali dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei, sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR.

Periodo di conservazione: I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) e/o per il tempo necessario allo svolgimento del servizio da Lei richiesto.

Comunicazione e diffusione dei dati: Nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i dati personali (immagini e riprese audiovisive) saranno utilizzati internamente per i soli scopi sopracitati e non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.

Diritti dell'interessato: In ogni momento esercitare tutti i Suoi diritti, ai sensi degli artt. da 15 a 23 del GDPR, semplicemente inviando richiesta scritta al Titolare del Trattamento PSG MEDICA S.R.L., in persona del Legale rappresentante pro-tempore - Piazza Adriano n. 9 – 10139 Torino, Tel. 378.3039842, all'indirizzo di posta elettronica: info@psgmedica.it

Di tutto quanto sopra informato e consapevole, in particolare, che il trattamento potrebbe riguardare i dati "particolari" di cui all'art. 9 del citato Regolamento ossia quei "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona", l'interessato:

PRESTA

Libero, informato e specifico consenso al trattamento come da finalità sopra indicate

Acconsento

Non acconsento

NOME e COGNOME

FIRMA

([] rilascio [] non rilascio) il consenso per l'accesso ai dati sanitari (Dossier Sanitario e Anamnesi).

([] rilascio [] non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per l'invio di comunicazioni/informative sulle attività dello Studio.

([] rilascio [] non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per l'invio di comunicazioni/informative a fine visita (es. sondaggio di gradimento)

(rilascio non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per l'invio tramite email di copia non firmata del referto.

Torino, 12/03/2024

Firma: _____

Il presente modello è stato aggiornato in data 16/03/2023