

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali
ai sensi del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati
personali”



Gentile Signore/a,

ai sensi degli artt. 13 e 76 del D.Lgs. 196/03 si informa che, a seguito del Suo accesso ad un percorso socio-sanitario territoriale presso la struttura U.O. Assistenza Sociale della Società della Salute Pistoiese sarà sottoposto ad attività di valutazione per fini socio-sanitari e socio-assistenziali.

La suddetta struttura sarà in possesso dei seguenti Suoi dati personali e sensibili:

- a) dati anagrafici;
- b) dati anamnestici e clinici personali e familiari raccolti durante la visita ivi compresi i dati relativi allo stato professionale e le risultanze dell'esame clinico-obiettivo;
- c) dati contenuti in documentazione medica esibita o risultanti da accertamenti sanitari richiesti nel corso della visita medica.

Tali dati sono oggetto di trattamento da parte dei dipendenti della Sds Pistoiese e di altri soggetti che collaborano con quest'ultima, con modalità manuale ed automatizzata. I soggetti di cui sopra sono stati formalmente autorizzati a gestire le informazioni che La riguardano così come previsto dalla normativa vigente e dal regolamento privacy della Sds Pistoiese. I dati, oggetto di trattamento, possono essere accessibili, all'interno della Sds Pistoiese, a più responsabili e incaricati del trattamento – secondo le rispettive competenze e, comunque, in accordo con il principio di necessità, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza.

Il **Titolare** del trattamento dei dati (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, etc.) è la Società della Salute Pistoiese, in persona del Presidente.

Il **Responsabile** del trattamento dei dati è, di norma, il Responsabile della struttura nella quale è avvenuto l'accesso. L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento dati è consultabile, su richiesta, presso la struttura a cui l'interessato si è rivolto, nonché sul sito web del consorzio (www.sdspistoiese.it nella sezione “Trasparenza”).

Si fa presente che i dati personali e sensibili acquisiti verranno archiviati e custoditi nel rispetto della normativa vigente.

Si precisa che i dati personali sono trattati per attività socio-sanitarie e/o socio-assistenziali.

Si precisa inoltre che:

- i trattamenti sopra menzionati non verranno comunicati a terzi se non dietro Sua esplicita richiesta contenente il consenso a tale trasmissione, nonché l'indicazione dei soggetti destinatari;
- sono fatte salve le comunicazioni effettuate, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, a: enti del Servizio Sanitario Nazionale e ad altri enti pubblici nei casi in cui ciò sia previsto dalle normative vigenti; soggetti privati (tra cui associazioni di volontariato) che, nei limiti e nelle forme previste da normative vigenti, effettuino per la Sds prestazioni definite da contratti e/o convenzioni;
- tali dati potranno essere trattati (in forma anonima) nell'ambito di studi scientifici od epidemiologico statistici per finalità di rilevante interesse pubblico (prevenzione, programmazione sanitaria, monitoraggio epidemiologico, farmacovigilanza, ecc.);

Al fine di poter continuare a trattare i dati personali e sensibili, per le finalità e con le modalità indicate, è **indispensabile ai sensi della Legge in oggetto, acquisire il**

Suo consenso esplicito. La mancata prestazione del consenso rende impossibile l'erogazione delle prestazioni richieste o necessarie.

Il consenso può essere acquisito successivamente alla prestazione o da altri soggetti legittimati nel caso di: emergenza sanitaria o di igiene pubblica; impossibilità fisica; incapacità di agire; incapacità di intendere e volere; prestazione medica che può essere pregiudicata in termini di tempestività o efficacia; rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato.



Lei può esercitare **i diritti garantiti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003** rivolgendosi al Titolare o al Responsabile del trattamento dati:

per chiedere:

- se dispongono o meno di dati che La riguardano e dove questi sono stati raccolti;
- perché i Suoi dati vengono utilizzati, in quale modo e da parte di chi;
- a chi questi dati possono essere trasmessi.

per ottenere:

- che i Suoi dati siano modificati se inesatti o incompleti;
- che i Suoi dati vengano utilizzati solo se lo prevede la Legge.

Il Titolare o il Responsabile del trattamento dati devono:

- garantire un facile esercizio dei Suoi diritti;
- risponderLe senza ritardo e, comunque, non oltre 15 giorni dalla richiesta (che in caso di complessità possono diventare 30 giorni).

MODULO DI ACQUISIZIONE CONSENSO

(art. 81 D.Lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punibili dalla legge, sotto la Sua responsabilità e ai sensi della normativa vigente, dichiara

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente

in _____ via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per sé oppure in qualità di Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante

Soggetto Legittimato*

*Nel caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere il consenso può essere prestato da un prossimo congiunto, familiare, convivente o in loro assenza il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 pubblicata anche sul sito www.sdspistoiese – sezione “Trasparenza”, dichiara di aver compreso il contenuto dell'informativa stessa e presta liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte della Società della Salute Pistoiese, titolare del trattamento come di seguito espresso:

- acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili che Lo/a riguardano per finalità di cura.

SI NO

- acconsente affinché le notizie inerenti il proprio stato di salute potranno essere trasmesse in forma sintetica, complete di diagnosi, al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

SI NO

-acconsente affinché il personale della struttura U.O. assistenza Sociale della Sds Pistoiese fornisca informazioni riguardanti il proprio stato di salute.

SI NO

In caso affermativo (indicare nome, cognome, data di nascita, indirizzo e numero di telefono dei soggetti ai quali fornire informazioni riguardante il proprio stato di salute):

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

FIRMA _____ DATA _____

