



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

- **Titolare del Trattamento:** il Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (ASST), i cui dati di contatto sono riportati in calce.
- **Responsabile della Protezione dei dati:** nominato con Deliberazione del Direttore generale n. 41 del 25/01/2018, è Veronica Bruno, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: privacy@asst-rhodense.it - Tel: 02.99430.1859/2034.
- **Finalità:** i dati personali che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'ASST. I dati, trattati mediante supporto cartaceo e/o elettronico e/o audio-visivo, ed accessibili esclusivamente al personale autorizzato, verranno utilizzati per fini istituzionali di cura, diagnosi, riabilitazione, prevenzione, terapeutici, epidemiologici, amministrativi e per tutti gli adempimenti di legge o richiesti da autorità pubbliche.
- **Categorie dei dati trattati:**
 - dati personali
 - dati relativi alla salute
 - dati genetici
 - dati giudiziari
- **Destinatari dei dati:** i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi. Può essere prevista la comunicazione per obblighi di legge, dei soli dati essenziali, ai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta (tramite la rete informatica del progetto regionale CRS SISS o altre reti di patologia), all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al Servizio Sanitario Regionale (SSR Regione Lombardia), alle Farmacie convenzionate con l'ASST. È fatta salva inoltre la comunicazione di dati richiesti, in conformità alla legge, da Forze di Polizia, dall'Autorità Giudiziaria, da Organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa/sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione dei reati.
- **Periodo di conservazione:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.
- **Base giuridica:** i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:
 - l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
 - il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;
 - il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
 - il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica;
 - il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.
- **Diritti dell'interessato:** ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE, Lei può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano e il loro periodo di conservazione. Potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi del c. 3 art. 7 del Regolamento UE. Non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (Art. 17 comma 3, lettera c, Regolamento. UE).
- **Reclami:** Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.

**Il Titolare del trattamento dei dati
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DIRETTORE GENERALE DELL'ASST**



MODULO ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Qualora Lei non sia il diretto interessato barri una delle seguenti caselle:

Genitore o Legale rappresentante di _____

Coniuge di _____

Familiare/convivente di _____

Rappresentante della Struttura presso cui dimora l'interessato _____

Nome e Cognome interessato/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Tel.: _____

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 2704/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

AUTORIZZO

il personale medico, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo operante presso l'ASST, ciascuno per la propria parte di competenza, al trattamento dei miei dati personali, con mezzi elettronici/cartacei, per fini diagnostici, terapeutici, statistici, epidemiologici, di studio ed amministrativi, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, consapevole che un mio eventuale rifiuto sarebbe causa di impedimento per l'ASST di perseguire le finalità sopra citate.

Data ____ / ____ / ____

Firma leggibile _____