



INFORMATIVA SULLA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Signore/a,

La informiamo che il trattamento delle informazioni che La riguardano, da Lei fornite **all'Unità Operativa Vaccinazioni**, sede di _____ si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà

fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, ad associazione o ad organizzazioni di carattere religioso, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

La informiamo altresì che con il Suo consenso, questa Azienda potrà mettere a disposizione del suo Fascicolo Sanitario Elettronico i dati sanitari relativi alla prestazione che Le verrà erogata. Ciò sarà possibile solamente se Lei avrà espresso il relativo specifico consenso, come richiesto e precisato nella "Informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)" ampiamente divulgata dalla Regione Lombardia.

La informiamo che il trattamento presenta le seguenti caratteristiche:

1. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO - I dati personali e sensibili - nonché gli eventuali dati connessi, costituiti da immagini, suoni, biosegnali, i dati genetici ed il materiale biologico prelevato - sono oggetto di trattamento con il Suo consenso, da parte dell'ASST Lariana, per finalità di tutela della salute ed incolumità fisica dell'interessato, prevenzione, diagnosi, consulenza e terapia, nonché per la gestione delle attività amministrativo-contabili di supporto all'attività sanitaria, per quelle connesse alla verifica dell'appropriatezza dell'assistenza erogata e per gli aspetti sociali, per ricerca o didattica (per queste ultime in forma anonima e privati di dati identificativi e comunque in conformità alle Autorizzazioni generali del Garante per la protezione dei dati personali).

Il trattamento è effettuato nell'adempimento dei compiti istituzionali assegnati alle ASST dalla L.R. n. 33/2009 (T.U. delle leggi regionali in materia di sanità).

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO - Il trattamento consiste in operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, e - ove necessario e previsto - blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, sia con l'ausilio di mezzi elettronici, sia manualmente, su supporti cartacei. Non è prevista la gestione di processi decisionali automatizzati.

L'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti agli operatori dell'Azienda autorizzati e i dati sono custoditi e controllati in archivi, sia cartacei sia informatizzati - con l'adozione di idonee misure di sicurezza - per il tempo necessario a perseguire le finalità per i quali gli stessi sono trattati e per il successivo tempo di conservazione previsto dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

In particolare, i dati relativi all'identità genetica verranno trattati esclusivamente all'interno di locali protetti della struttura e l'eventuale trasmissione o trasporto dei dati avverrà con modalità tali da garantire l'accesso ai soli incaricati del trattamento.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI - Il conferimento è obbligatorio, poiché la gestione dei dati raccolti per finalità legate alla prestazione richiesta è indispensabile per erogare la prestazione stessa, dal punto di vista sanitario ed amministrativo ed un eventuale mancato conferimento non consentirebbe l'erogazione del servizio.

4. TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILI - Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana, con sede in Como, Via Napoleona n. 60, nella persona del suo Direttore Generale pro tempore ed il Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile della struttura aziendale che erogherà le prestazioni. Il Responsabile aziendale della Protezione dei Dati personali è contattabile ai seguenti recapiti: indirizzo: Via Ravona 20, 22042 San Fermo della Battaglia (CO) - tel.: 031/5859575 - e-mail: rpd@asst-lariana.it - PEC: protocollo@pec.asst-lariana.it

5. COMUNICAZIONE E CONSERVAZIONE - I dati sensibili possono essere comunicati, nel rispetto delle finalità indicate e del principio di pertinenza e non eccedenza, ai soggetti indicati da una norma di legge o di regolamento. Fra gli stessi: Aziende o Agenzie sanitarie, Regione, Ministero della Salute, Istat, Enti previdenziali, Autorità giudiziaria, Organi di controllo. I dati sensibili non sono oggetto di diffusione. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi rispetto all'UE. Il periodo di conservazione dei dati è conformato, per ciascun trattamento, alle disposizioni della Regione Lombardia (Regolamento Regionale n. 3/2012 e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario della Regione Lombardia).

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO - Può rivolgersi al Titolare o ai Responsabili per l'esercizio dei diritti che qui si riassumono:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali, l'accesso agli stessi e la loro comunicazione in forma intelligibile, strutturata e di uso comune;
- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità e della logica applicata al trattamento informatico;
- ottenere: aggiornamento, rettifica, integrazione dei dati; cancellazione, trasformazione in forma anonima, limitazione o blocco nei casi previsti dalla legge;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

Ha altresì diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali (P.zza di Monte Citorio 121 - 00186 Roma).



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a
..... (Cognome) (Nome)
nato/a a Prov. il/...../.....
nazionalità residente in
via/p.zza n°
documento d'identità n°

genitore esercente la responsabilità genitoriale o tutore (cancellare la voce non pertinente)

del minore.....
nato/a a Prov. il/...../.....

ovvero: a ciò delegato dal genitore esercente la responsabilità o tutore (cancellare la voce non pertinente)

.....
(nome del genitore o tutore).

del minore.....
nato/a a Prov. il/...../.....

(allegare delega)

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, consapevole che il trattamento riguarderà dati sensibili idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, ad associazione od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

al trattamento dei dati sensibili del minore, limitatamente a quelli conferiti, ai fini dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa allegata.

Firma leggibile

.....

Acconsente che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute del minore, alle persone di seguito indicate:

.....

.....

Firma leggibile

Luogo e Data.....

.....