| | |
|---|---|
| www.ausl.pe.it | **REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA** |
| | **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' DI TRATTAMENTO SANITARIO**<br>**ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016** |

# "PRESTAZIONI OCULISTICHE IN REGIME AMBULATORIALI, DI RICOVERO E INTERVENTISTICHE"

Gentile assistito,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all' articolo 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue. La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

## 1 ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara con sede in, Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara – email: segreteria_dg@ausl.pe.it , PEC: protocollo.aslpe@pec.it

## 2 DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL di Pescara, Via Battaglione Alpini, 1 – 65017 Penne (PE). email: dpo@ausl.pe.it , PEC: dpo.aslpe@pec.it ;

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dal […] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

## 3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I trattamenti di dati effettuati dalla ASL di Pescara nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali di prevenzione, diagnosi e terapia nell'ambito delle attività svolte dalla UOC di OCULISTICA, comprensivi delle attività certificatorie e amministrative ad essi correlate NON richiedono il suo consenso, rendendosi necessaria la sola somministrazione delle informazioni.

Le finalità per cui utilizziamo i Suoi dati sono le seguenti:

a) Attività sanitarie relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento a prestazioni di ricovero ospedaliero e prestazioni ambulatoriali;
b) Attività rivolte a diagnosticare tutte le patologie oculari e tutti i difetti della vista curando con farmaci o con la chirurgia le problematiche oculari di bambini, adulti ed anziani avvalendosi anche di moderne attrezzature per la cura delle patologie che necessitino di questi particolari strumenti;

I dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), trattati per le finalità sopra menzionate e per i dovuti adempimenti amministrativi, potranno essere trattati in forma anonima per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall'art. 5.1.b) e dall'art. 9.2 lettera j) del Regolamento.

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso e dai seguenti articoli del Regolamento:

- art.6.1, lettera e) - trattamento 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
- art.9.2, lettera g) - rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.
- art.9.2, lettera h) - finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3.
- art.9.2, lettera i) - per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate, potrà essere necessario il Suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento, in questi casi, sono costituite dall'art. 6.1 lettera a) e dall'art. 9.2 lettera a) del Regolamento.

Pertanto si prega di leggere il consenso allegato alla informativa che segue ove sono riportate le finalità di trattamento per le quali è richiesto il consenso.

## 4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco)
- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità;
- ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda)
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge

La Asl di Pescara non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi

## 5 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento, con riferimento agli specifici articoli dello stesso:

- Accesso (art. 15)
- Rettifica (art. 16)
- Cancellazione (oblio) (art. 17): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18)
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Il modello per richiedere l'esercizio dei diritti sui Suoi dati personali è scaricabile al seguente link: https://www.ausl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338

## 6 DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO

Per i trattamenti per i quali è prevista la base giuridica del consenso (artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento) in allegato alla presente informativa, Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

## 7 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio, n. 121, CAP 00186 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

## 8 EVENTUALE FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

**(**da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato**)**
……
……

## 9 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

I Suoi dati saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per Sua comodità si riportano i tempi di conservazione relativi ai principali documenti contenenti i dati oggetto di trattamento:

| | |
|---|---|
| Cartelle Cliniche | Illimitato |
| Cartelle ambulatoriali | 10 anni dalla chiusura della cartella |
| Ricette e prescrizioni | 5 anni |

Per la restante documentazione, la tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata dall'allegato D – Massimario di Selezione del Manuale di Gestione del Sistema Documentale approvato con Deliberazione della ASL n. 275 del 28/03/2017 pubblicato sul sito aziendale https://www.ausl.pe.it/ nell'area "Amministrazione Trasparente".

## 10 CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita)
- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (Dati relativi all'origine razziale o etnica, Dati genetici, Dati relativi alla salute dell'interessato)

## 11 MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9 del Regolamento), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

Ove Lei presti il suo consenso per l'invio dei referti in formato digitale, la consegna avverrà tramite messaggio di posta elettronica all'indirizzo email da lei comunicato. Il referto, firmato digitalmente, verrà allegato al messaggio in formato cifrato: sarà possibile accedere ai contenuti dell'allegato mediante opportuna password che le verrà comunicata, in maniera separata, in fase di accettazione.

## 12 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Per i trattamenti non soggetti a consenso il conferimento dei dati è indispensabile per potere erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare suddette prestazioni, salvo per quelle che rivestano carattere di urgenza e/o siano disposte per legge.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" del sito istituzionale della Asl di Pescara, alla pagina web **https://www.ausl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338**

**PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE**

Il sottoscritto

_____

nato a

_____il_____/_____/__

residente

a_____

in via

_____

C.F._____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____

(nome e cognome)

**Firma:**

_____

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data _____/_____/_____

Inserita nel database gestione Informative:

Firma Operatore: _____ Data _____/_____/_____

Note:

_____

| | |
|---|---|
| www.ausl.pe.it | **REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA** |
| | **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**<br>**rilasciato per le attività di trattamento relative a**<br><br>**"PRESTAZIONI OCULISTICHE IN REGIME AMBULATORIALI, DI RICOVERO E INTERVENTISTICHE"**<br><br>**ai sensi dell'art. 7 Regolamento UE 679/2016**<br>**Basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento** |

Il sottoscritto _____

nato a _____il_____/_____/____;

residente a_____ in via _____

C.F._____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____

(nome e cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i propri dati personali e appartenenti a particolari categorie (vedi informativa)

**DICHIARA**

- Di aver letto e compreso l'informativa di cui il presente modello rappresenta una integrazione;
- Di essere consapevole che il consenso prestato potrà restare valido anche per tutti gli eventuali accessi presso la UOC di Oculistica.

**PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione, in ordine al mio stato di salute, alle sotto indicate persone:**

- ❑ a nessuno
- ❑ al proprio medico curante _____
- ❑ a _____

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestato)

**PRESTO IL CONSENSO a ricevere da parte della ASL un messaggio per una delle seguenti finalità (specificare a quali si autorizza):**

- ❑ prenotazioni di visite ed esami,
- ❑ registrazione delle esenzioni,
- ❑ certificazioni relative allo stato di salute
- ❑ invio dei referti in formato digitale e cifrato
- **a mezzo contatto telefonico e/o sms al numero**: _____
- **a mezzo posta elettronica all'indirizzo** _____

- ❑ SI
- ❑ NO
- ❑ REVOCA

**PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione della mia DEGENZA IN REPARTO a:**

- a nessuno
- al proprio medico curante _____
- a chiunque lo richieda

SI (…..) NO (….) REVOCA (…..) (se precedentemente prestato

Con la firma del presente Modello dichiaro esplicitamente di avere letto e compreso la INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di esprimere il mio libero, esplicito e inequivocabile consenso al trattamento per le specifiche finalità indicate nell'informativa, legate al trattamento dei dati personali.
Data _____/_____/_____ ora ___:_____ Firma (leggibile) dell'Interessato: _____

Documento di riconoscimento tipo _____n. _____ rilasciato da _____

Data _____/_____/_____

---

ovvero
Data _____ Firma _____ Doc. n _____
(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

---

ovvero
Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra
…….……....
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello):*
……
……

n° documento identità …… rilasciato da
……

il……..…. C.F…….

- ❑ Familiare (indicare il rapporto di parentela) …….
- ❑ Convivente
- ❑ Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- ❑ Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Data ……Firma del dichiarante ……

**Alla consegna del presente Modello di consenso, debitamente compilato, presentarsi muniti di documento d'identità in corso di validità o con delega e documento anche del delegante.**

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data _____/_____/_____

Inserita nel database gestione consensi:

Firma Operatore: _____ Data _____/_____/_____

Note: _____