



[www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it)

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER  
“TRASMISSIONE A MEZZO MAIL DEI REFERTI DEI LABORATORI  
ANALISI - AREE DISTRETTUALI”**

**ai sensi dell’Art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

Gentile Sig.re/ra,

Ad integrazione di quanto già indicato nel provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 25 giugno 2009 su “Linee guida in tema di Referti *on-line*” e al fine di fornirLe tutte le informazioni di 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 (dati contenuti nei Referti risultanti dalle prestazioni diagnostiche richieste - art. 9 del Regolamento) potrà essere disponibile anche con la seguente modalità:

- Ricezione del Referto presso la Sua casella di posta elettronica.

Tale servizio è facoltativo e viene implementato proprio per rendere la consegna del risultato dell’esame ematochimico da Lei effettuato più agevole e sbrigativo. Dal servizio sono escluse le refertazioni riguardanti test genetici e le refertazioni riguardanti gli esami di HIV in considerazione della riservatezza della diagnosi e della particolare tutela richiesta.

In particolare, La informiamo che:

**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](mailto:segreteria_dg@ausl.pe.it) , PEC: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto: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](mailto:dpo@ausl.pe.it) , PEC: [dpo.aslpe@pec.it](mailto:dpo.aslpe@pec.it) ; Tel. 085 8276332

**3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO**

I dati acquisiti in sede di accettazione e i risultati degli esami ematochimici saranno trattati esclusivamente per consentirLe di consultare direttamente, tramite posta elettronica, i Referti dei propri accertamenti diagnostici eseguiti nelle strutture del Titolare per rendere il servizio più agevole e celere.

Per le finalità sopra riportate, la base giuridica del trattamento è costituita dal Suo esplicito consenso secondo quanto disposto dagli artt. 3 e 5 del DPCM 8 agosto 2013 e dall’art. 6.1 lettera a) e art.9.2, lettera a) del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati).

**4 CATEGORIE DI SOGGETTI AI QUALI I DATI POSSONO ESSERE COMUNICATI**

I Suoi dati personali, all’interno della ASL di Pescara, sono trattati esclusivamente per le finalità sopra esposte da personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali”, con o senza delega, a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento o da soggetti autorizzati da Responsabili del Trattamento espressamente designati dal Titolare.

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti espressamente previsti dalla normativa vigente; ulteriori comunicazioni potranno essere effettuate a soggetti che eseguano delle attività di trattamento per conto del

Titolare, o con finalità e mezzi concordati e con cui siano stati stipulati specifici accordi (es.: Responsabili del Trattamento, Contitolari o Titolari autonomi):

- Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco);
- ai professionisti interni o esterni 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 e ad altri soggetti pubblici, nei casi espressamente previsti dalla legge.

La Asl di Pescara, di norma, non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi. È, però, possibile che i dati personali siano trasferiti verso Paesi terzi, esterni all'Unione Europea, se ciò è previsto da un obbligo di legge oppure in assolvimento di obblighi contrattuali verso un soggetto nominato dalla ASL quale Responsabile del trattamento, ovvero nell'ambito di attività di ricerca e sperimentazione. I trasferimenti verso Paesi extra UE saranno effettuati soltanto nel pieno rispetto della normativa, anzitutto verificando se quel Paese offra un livello adeguato di protezione dei dati personali; in mancanza di tale requisito il Titolare o il Responsabile del trattamento attuerà le garanzie a tutela dell'interessato previste dalla normativa stessa (tra cui, in alcuni casi, la richiesta di consenso al trasferimento).

## **5 DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Lei può esercitare sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento UE 679/2016 e dalle specifiche disposizioni normative applicabili, i diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR con particolare riferimento al diritto di accesso, di rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento o di opposizione, oltre al diritto alla portabilità dei Suoi dati.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra 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/allegati/Area%20Interna/Privacy/REGOLAMENTO%20SULL%E2%80%99ESERCIZIO%20DEI%20DIRITTI%20%20rev\\_%200\\_2.pdf](https://www.ausl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/REGOLAMENTO%20SULL%E2%80%99ESERCIZIO%20DEI%20DIRITTI%20%20rev_%200_2.pdf)

## **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, Lei ha il diritto di revocare il consenso prestato alla riconsegna dei Referti in modalità *on-line* in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica il ritiro del Referto con applicazione dell'istituto della delega e della consegna "*brevi manu*".

Lei può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa.

## **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 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.

In generale, 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".

## **9 CATEGORIE DI DATI OGGETTO DEL TRATTAMENTO**

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali limitatamente alla richiesta di usufruire dei servizi di refertazione tramite posta elettronica.

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).

## **10 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; i suoi dati personali saranno, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

In particolare, il referto sarà spedito in allegato cifrato ad un messaggio e-mail e non come testo compreso nel corpo del messaggio bensì in formato zippato e secondo le modalità che le verranno indicate dal personale al momento dell'effettuazione del prelievo del campione. Lei potrà inoltre richiedere la copia cartacea del referto anche se consegnato in modalità digitale.

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.

## **11 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto Lei potrà, di volta in volta, al momento dell'accettazione, esprimere il proprio e libero consenso per la ricezione del Referto tramite posta elettronica e potrà comunque decidere di ritirare il referto cartaceo allo sportello della Struttura presso cui ha effettuato il prelievo.

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>



www.ausl.pe.it

Regione Abruzzo – ASL 03 Pescara

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

rilasciato per le attività di trattamento relative a “PER

**“TRASMISSIONE A MEZZO MAIL DEI REFERTI DEI LABORATORI  
ANALISI - AREE DISTRETTUALI”**

ai sensi dell’art. 7 Regolamento UE 679/2016

Basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento

Premesso che il presente Modello integra il Modello di Informativa, di cui si dichiara di avere preso visione,

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_; residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato o esercente 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)

AUTORIZZA

- a ricevere da parte della ASL il referto con modalità digitali tramite un messaggio di posta elettronica, secondo le modalità indicate nell’informativa, al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

SI (.....)

NO (.....)

Firma (leggibile) dell’Interessato: \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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:  
\_\_\_\_\_