



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

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER  
FINALITA' DI TRATTAMENTO SANITARIO  
ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

**“PRESTAZIONI E CONSULENZE RADIOTERAPICHE IN REGIME AMBULATORIALE  
E DI RICOVERO”**

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@asl.pe.it](mailto:segreteria_dg@asl.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@asl.pe.it](mailto:dpo@asl.pe.it) , PEC: [dpo.aslpe@pec.it](mailto: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 dei Suoi dati personali (comprensivi di quelli appartenenti a categorie particolari di dati, ad esempio, quelli riguardanti lo stato di salute) non rendono necessario il Suo consenso, quando vengono effettuati dalla Asl nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali nell'ambito delle attività svolte dalla UOSD di RADIOTERAPIA relativamente alle seguenti finalità:

- a) Attività di consulenza, amministrativa, programmatoria, di cura e di valutazione relativa alle seguenti prestazioni: TAC di centratura, trattamento radiante, visita di controllo e visita specialistica radioterapica
- b) Riprese foto – Video visionabili dai tecnici sanitari di Radiologia Medica per verifica identificazione del paziente secondo la procedura prevista nel Manuale di Qualità e procedure operative per la garanzia della qualità delle attività di radioterapia, rev. del 14/01/2022 che definisce la procedura per la corretta identificazione del paziente da parte del TSRM prima dell'esecuzione del trattamento radiante.

“Nel caso di prima visita l'amministrativo che accetta il paziente si accerta dell'anagrafica prendendo visione del documento d'identità e inserisce su sistema di record and verify (R&V) i dati necessari.

Nel caso di CT di centraggio il paziente verrà prelevato dalla sala di attesa da un operatore sanitario che, senza poter essere ascoltato da altri utenti, chiede conferma dell'identità.

Per facilitare ed assicurare l'identificazione del paziente durante l'esecuzione del trattamento radiante, viene eseguita fotografia del volto ed associata alla cartella tecnica elettronica su sistema R&V.

Nel caso della prima seduta del paziente e di quelle successive, il paziente viene chiamato attraverso un numero e il TSRM ne effettua il riconoscimento, avvalendosi anche della fotografia del volto del paziente, prima dell'ingresso nel bunker stesso o comunque prima della centratura, verificando che il paziente nel bunker sia lo stesso paziente di cui si è aperto il piano di cura.

Nel caso di visite successive alla prima è il personale sanitario che effettua la visita ad accertarsi dell'identità del paziente.

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.6.1 lettera c) – trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto 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 saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale da:

- personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali”, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento

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:

## **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 per la protezione 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:

Cartella Tecnica elettronica su sistema R&V	Illimitato
Cartelle Cliniche	Illimitato
Cartelle ambulatoriali	10 anni dalla chiusura della cartella
Ricette e prescrizioni	5 anni

La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata con Deliberazione della ASL n. 324 del 16 Marzo 2015 rinvenibile al seguente link [https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20\(1\).pdf](https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20(1).pdf)

## **10 CATEGORIE DI DATI PERSONALI**

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, sesso, codice fiscale, tessera sanitaria, data di nascita, indirizzo domicilio/recapito/residenza, recapiti telefonici).
- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (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.

## **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.asl.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 Informativa:

Firma Operatore: \_\_\_\_\_ Data  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_



www.asl.pe.it

**REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
rilasciato per le attività di trattamento relative alle prestazioni di  
“PRESTAZIONI E CONSULENZE RADIOTERAPICHE IN REGIME  
AMBULATORIALE E DI RICOVERO”  
ai sensi dell’art. 7 Regolamento UE 679/2016

**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, 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, fino alla eventuale revoca, anche per tutti gli eventuali accessi presso la UOSD di Radioterapia;

**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 alla comunicazione della mia DEGENZA IN REPARTO a:**

- a nessuno
- al proprio medico curante \_\_\_\_\_
- a chiunque lo richieda

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

**PRESTO IL CONSENSO a ricevere da parte della ASL un messaggio a mezzo contatto telefonico e/o SMS al seguente numero telefonico -----per eventuali comunicazioni e/o per fini di contatto**

- SI
- NO
- REVOCA

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:  
\_\_\_\_\_