



www.asl.pe.it

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

**ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DELLA
UOC OTORINOLARINGOIATRIA (ORL)**

Gentile utente,

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 , 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@asl.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 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 presso la Uoc di Otorinolaringoiatria (ORL) relativamente alle seguenti finalità:

- Centro di riferimento regionale (CRR) per le neoplasie del distretto Testa-Collo per le neoplasie del cavo orale e dell'orofaringe, neoplasie della laringe, neoplasie primitive e metastatiche delle ghiandole salivari, neoplasie della tiroide, neoplasie del massiccio facciale, neoplasie del distretto naso-sinusale, neoplasie cutanee non melanocitiche del distretto testa-collo;
- Attività sanitarie relative all'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con particolare riferimento a prestazioni ambulatoriali dell'Ambulatorio di Oncologia e Chirurgia Cervico-Facciale, dell'ambulatorio di Otologia, ambulatorio Divisionale/Pronto Soccorso, ambulatorio di Vestibologia, ambulatorio di Fono-Logopedia;
- Attività chirurgiche di pertinenza del distretto di ORL: chirurgia oncologica del cavo orale, dell'orofaringe e della faringe e del distretto naso – sinusale, chirurgia robotica trans – orale, microchirurgia ricostruttiva del distretto test – collo, chirurgia ghiandole salivari, scialoendoscopia, laser chirurgia, fonochirurgia, chirurgia nasale e funzionale endoscopica, chirurgia nasale estetico – funzionale, chirurgia otologica micro – endoscopica;

- Attività riabilitativa - Presso l'ambulatorio di logopedia, in situazioni di dubbio o francamente patologiche all'interno di una équipe multidisciplinare, si effettua il bilancio logopedico o valutazione monofunzionale del linguaggio.
- Prestazioni di ricovero ospedaliero;
- Riconsegna cartacea di referti e reperti ai pazienti;
- Attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- Attività Formativa e di Orientamento.

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

A tal proposito si segnala:

- La Dr.ssa Spina Federica, medico di formazione specialistica iscritta alla scuola di specializzazione in otorinolaringoiatria dell'Università di Modena

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).

- ASSOCIAZIONE PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE REGIONE ABRUZZO ONLUS con sede legale presso la UOC di Otorinolaringoiatria Ospedale Civile Santo Spirito di Pescara, P.I. 91129890686 quale Responsabile del Trattamento dei dati personali trattati per conto della ASL di Pescara nell'ambito della Convenzione stipulata con la ASL di Pescara di cui alla Delibera n 1006 del 21/06/2023 (realizzazione di un progetto di collaborazione presso la UOC Otorinolaringoiatria)

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.asl.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 Venezia, n. 11, CAP 00187 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

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, Indirizzo domicilio/recapito/residenza, recapiti telefonici, email) dell'utente e/o del caregiver.

- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (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>



www.asl.pe.it

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
rilasciato per le attività di trattamento relative alle prestazioni della
UOC OTORINOLARINGOIATRIA

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/a _____

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/il caregiver del 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 essere valido, fino ad eventuale revoca, anche per tutti gli eventuali accessi presso la UOC di OTORINOLARINGOIATRIA.

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

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

PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione della 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 -----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: