



POLIAMBULATORIO SAN FERMO
Via San Fermo, 17/19 - 35042 Este (PD)
Tel. 0429 4347

www.poliambulatoriosanfermo.it
info@poliambulatoriosanfermo.it

P.I. 01209500287 - Cod. Univoco: USAL8PV
N° iscriz. Reg. Impr. PD 01209500287

Dir. San. Dr.ssa Federica Corrà Medico Chirurgo

Informativa sul trattamento dei dati personali per i pazienti ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679

Poliambulatorio San Fermo S.R.L., Titolare del trattamento, La informa ai sensi della normativa nazionale applicabile e del Regolamento Privacy Europeo n. 679/2016 ("GDPR") sulle finalità e modalità di trattamento dei tuoi dati.

1. DATI TRATTATI

Il nostro Poliambulatorio tratta:

- **Dati relativi allo stato di salute, dati biometrici e dati genetici (c.d. "dati particolari")**, utilizzati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, approfondimenti strumentali ai fini di diagnosi, trattamenti e terapie) e per ogni altra attività necessaria all'esecuzione di tali prestazioni e degli adempimenti da esse derivanti.
- **I dati fiscali, anagrafici e di contatto** che saranno utilizzati per la fatturazione e per l'assolvimento di tutti gli altri adempimenti amministrativi, burocratici, fiscali e per lo svolgimento di tutte le attività in genere (programmazione appuntamenti, piani di cura, ecc...) inerenti al rapporto in essere.
- **I dati attinenti alla temperatura corporea.**
- Le informazioni in merito a contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti sospetti o positivi al **Covid-19**.
- Le informazioni in merito alla provenienza, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

I suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

a) **svolgere la nostra attività professionale nei Suoi confronti (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da Voi richieste), compresa la gestione contabile del rapporto.** In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie, e i conseguenti adempimenti ed obblighi contrattuali relativi. La base giuridica del trattamento dei dati particolari è l'art. 9 co. 2 h) del GDPR. Il rifiuto al trattamento di questi dati non permette l'erogazione della prestazione sanitaria.

b) i dati fiscali, anagrafici e di contatto vengono raccolti sulla base di un nostro **obbligo legale** e in quanto necessari per l'**esecuzione del contratto** (art. 6.1.b-c GDPR). I dati personali potranno essere utilizzati, per programmare appuntamenti e richiami periodici o per comunicazioni telefoniche strettamente legate all'attività clinica ed ogni altra attività finalizzata alla migliore organizzazione del servizio, per la miglior esecuzione del contratto in essere. Potranno inoltre essere trattati in ipotesi di responsabilità del Poliambulatorio per danni cagionati all'interessato e per gestione di esposti/ lamentele e contenziosi ed altri adempimenti previsti da specifiche norme di legge e/o regolamento.

c) i suoi dati (non particolari) potranno essere trattati, previo suo **libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso** revocabile in qualsiasi momento, per l'invio di **materiale/comunicazioni pubblicitarie** tramite e-mail, sms e similari (a titolo esemplificativo, non esaustivo: servizi in promozione, visite gratuite, pacchetti famiglia...); dopo aver espresso il consenso è comunque suo diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei suoi dati per la presente finalità.

d) i dati acquisiti in sede di accettazione e i risultati degli esami diagnostici, richiesti nel singolo evento/accettazione, saranno **inviati tramite posta elettronica** previo suo **libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso**, al fine di accedere al servizio "referti online" e rendere conoscibili più rapidamente i risultati degli esami diagnostici effettuati dalla ns. struttura.

e) consentire al Suo **Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera scelta (PLS)** di acquisire automaticamente ed in via telematica i suoi esami/referti; tale finalità potrà essere perseguita solo previo Suo **libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso**.

f) la necessità di **prevenzione dell'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2**

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali vengono trattati sia mediante supporti cartacei sia attraverso l'ausilio di sistemi elettronici/informatici e con l'impiego di misure atte a garantirne la riservatezza e ad evitare l'accesso a soggetti non autorizzati.

4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati trattati sono conservati solo per il tempo necessario a fornire i servizi richiesti, a meno che non sia necessario conservarli per periodi più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti e normative comunitarie o per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.

I dati per finalità di marketing saranno trattati per un periodo di 24 mesi e fino alla eventuale revoca del consenso da Lei prestato per l'utilizzo degli stessi per tale scopo; in seguito a tale revoca il Titolare cesserà il trattamento in questione e non conserverà oltre i dati acquisiti esclusivamente per tale finalità.

5. CATEGORIE DEI DESTINATARI

I Suoi dati personali (o di colui o coloro di cui ha la rappresentanza/tutela legale) non sono oggetto di diffusione, possono invece essere comunicati ai soggetti pubblici e privati, enti ed istituzioni per il raggiungimento delle finalità sopra specificate e nei casi previsti da norme di legge o di regolamento. Tali fornitori, a seconda dei casi, potranno essere configurati come Responsabili esterni del trattamento o Titolari autonomi del trattamento. A titolo di esempio, si riportano alcuni soggetti cui il Poliambulatorio può/deve comunicare i suoi dati particolari:

- I medici (professionisti a contratto) che agiscono per conto del Poliambulatorio San Fermo su base di istruzioni scritte;
- Azienda Sanitaria Locale dell'interessato, in tale caso vengono comunicati i dati anagrafici e quelli relativi all'individuazione delle prestazioni erogate;
- Laboratori esterni che eseguono prestazioni su richiesta dei Titolari;
- Al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
- Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria;
- Soggetti qualificati ad intervenire in controversie/ contenziosi in cui è parte il Poliambulatorio (compagnia assicurativa, consulenti legali, ecc...)
- Enti (casce, mutue, fondi, assicurazioni, ecc...) che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate, quando previsto e strettamente necessario per il rimborso delle prestazioni, e alla compagnia assicurativa del Poliambulatorio per la tutela solo in ipotesi di responsabilità.

Comunichiamo solo i dati che sono strettamente necessari. Tra i soggetti coinvolti nelle attività di trattamento, sono compresi, inoltre, tutti i fornitori di beni e servizi di sviluppo, erogazione e gestione operativa delle piattaforme tecnologiche impiegate nell'azienda destinatari di nomina a responsabilità esterna.

6. TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

I Suoi dati non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea. Ove la Società si serva di fornitori di servizi aventi sedi in Paesi Terzi al di fuori dell'Unione Europea (ad esempio in caso di *cloud storage*), la stessa potrà avere necessità trasferire dati personali verso tali Paesi Terzi. Detto trasferimento sarà effettuato in conformità ai requisiti di legittimità previsti dagli art. 44-47 Reg. Ue 679/2016.

7. DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Lei ha il diritto (artt. 15 - 22 del GDPR) di chiedere al Titolare del trattamento di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Lei potrà esercitare i diritti sopra indicati inviando una e-mail all'indirizzo amministrazione@poliambulatoriosanfermo.it Lei ha anche il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, all'autorità di controllo competente in materia (in Italia il Garante per la protezione dei dati personali).

8. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è POLIAMBULATORIO SAN FERMO S.R.L. con sede in via San Fermo, 17/19 - 35042 Este (PD) - tel: 0429/4347 - amministrazione@poliambulatoriosanfermo.it. L'elenco aggiornato dei nostri responsabili del trattamento è disponibile presso il nostro ufficio.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

IO SOTTOSCRITTO/A _____ Codice fiscale: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

E-MAIL* _____

TELEFONO FISSO _____ CELLULARE* _____

dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali ed in particolare dei DATI RELATIVI AL MIO STATO DI SALUTE per le finalità di erogazione del servizio specificate nell'informativa di cui ho preso integrale visione. Dichiaro di essere maggiore di anni 16(*). * LA MANCATA SPECIFICA DELL'INDIRIZZO EMAIL E DEL NUMERO DI CELLULARE COMPORTA L'IMPOSSIBILITA' PER LA STRUTTURA DI INVIARE PROMEMORIA APPUNTAMENTI, RICHIAMI PERIODICI PER LE TERAPIE ECC

data X ___/___/_____

FIRMA per conoscenza X _____



CONSENSI FACOLTATIVI

MARKETING: Letta l'Informativa privacy rilascio il consenso per le finalità di invio di materiale/comunicazioni pubblicitarie (vedi punto 2.c) tramite e-mail, sms e similari

Do il consenso

Non do il consenso

REFERTI ON-LINE: Letta l'Informativa privacy rilascio il consenso al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line (vedi punto 2.d)

Do il consenso

Non do il consenso

INVIO DATI AL Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta: Letta l'Informativa privacy rilascio il consenso all'invio dei dati personali al MMG/PLS (vedi punto 2.e)

Do il consenso

Non do il consenso

data X ___/___/_____

FIRMA per conoscenza e accettazione X _____



IN CASO DI MINORE/RAPPRESENTANTE/TUTELA LEGALE

IO SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ il _____

_____ dichiaro di essere il **genitore/ rappresentante/ tutore legale** e di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali per le finalità di erogazione delle prestazioni mediche e dei servizi specificati nell'informativa di cui ho preso integrale visione.

data X ___/___/_____

FIRMA per conoscenza X _____

