

**Modello di Informativa per il trattamento dei dati personali degli utenti
per prestazioni sanitarie o socio-sanitarie**

INFORMAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile signore/a
per l'erogazione dei servizi da lei richiesti, abbiamo bisogno di trattare i dati personali e/o particolari che la riguardano, per le finalità sotto indicate, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016).

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo le finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è la Casa di Cura Villa Aurora S.r.l., con sede in Foligno Via Arno 2, nella persona del Presidente del C.d.A *pro tempore* contattabile presso la sede legale.

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Per contattare il nostro responsabile per la protezione dei dati personali può scrivere direttamente all'indirizzo email dpo@villaurora.com o rivolgere le sue richieste al personale dedicato alla relazione con il pubblico che raccoglieranno l'esigenza e la faranno pervenire al responsabile preposto.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali e/o particolari che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità secondo le basi giuridiche appresso indicate:

FINALITÀ <i>(Perchè trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per tutelare la sua salute con finalità di prevenzione, diagnosi, assistenza sanitaria, terapia sanitaria, riabilitazione.	Art. 9 par. 2 lett. h) "il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità.	Non occorre il consenso , tuttavia se lei rifiuta di conferire i suoi dati personali non potremo svolgere le attività connesse a questa finalità, salvo che il trattamento sia necessario per tutelare un interesse vitale di un'altra persona fisica, ovvero che il trattamento sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute). Art. 6 par. 1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure pre-contrattuali adottate su richiesta dello stesso". Art. 6 par. 1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se lei rifiuta di conferire i suoi dati personali non potremo svolgere le attività connesse a questa finalità, salvo che il trattamento sia necessario per tutelare un interesse vitale di un'altra persona fisica, ovvero che il trattamento sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

Per rilasciare certificazioni relative al suo stato di salute.	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo rilasciare le certificazioni.
Per valutare direttamente e controllare il grado di soddisfazione dell'utente al fine di migliorare i servizi erogati	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo trattare i dati per le finalità indicate.
Per lo studio, la ricerca epidemiologica, scientifica e statistica nei limiti e con le modalità previste dalla normativa.	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo trattare i dati per le finalità indicate.
Per fornire informazioni circa la sua presenza ad eventuali visitatori.	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo dare a terzi informazioni circa la sua presenza.
Per fornire informazioni circa il suo stato di salute al suo medico di medicina generale (medico di assistenza primaria, ovvero medico di famiglia) o pediatra di libera scelta.	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo dare informazioni al suo medico curante.
Per fornire informazioni circa il suo stato di salute ad enti assicurativi da lei indicati.	Art. 9 par. 2 lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche".	Nel caso in cui lei non presti il suo consenso non potremo dare informazioni agli istituti assicurativi da lei indicati.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali e/o particolari da Lei forniti o acquisiti nel corso della/e prestazione/i saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato o da responsabili del trattamento all'uopo designati.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i Suoi dati potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui Lei ci autorizza, in particolare le categorie di dati e i destinatari saranno i seguenti:

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Studio e ricerca.	Dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.	Società, istituti o fondazioni di ricerca scientifica
Prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione.	Dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.	Suo medico di medicina generale (medico di assistenza primaria, ovvero medico di famiglia) o pediatra di libera scelta.
Rimborsi	Dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.	Enti assistenziali previdenziali assicurativi.
Conservazione ed archiviazione	Dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.	Società specializzate
Miglioramento dei servizi erogati	Dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.	Eventuali consulenti o soggetti che possono accedervi per migliorare i servizi erogati

5. Trasferimento all'estero

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea e se in futuro dovesse avvenire un simile trattamento, sarà nostra premura darne informazione assicurandoci che il trattamento avvenga nel pieno rispetto della normativa vigente..

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato. Per la Cartella Clinica la Casa di cura si avvale del servizio di una ditta esterna che è preposta alla loro conservazione e protezione secondo criteri di massima riservatezza e sicurezza, se fosse interessato può chiedere maggiori informazioni in merito e le sarà comunicato a chi e come procediamo. La conservazione della cartella clinica potrà avvenire sia su supporti cartacei che digitali, seguendo l'evoluzione tecnologica al fine di garantire standard di sicurezza e di gestione adeguati alle normative vigenti.

DOCUMENTO	DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Cartella clinica	Illimitata
Referto	Illimitata se incluso in cartella clinica
	5 anni se non incluso in nessun altro documento sanitario / 10 anni se referto istologico
	10 anni se incluso in cartella ambulatoriale di prestazione non chirurgica
	30 anni se incluso in cartella ambulatoriale di prestazione chirurgica
Immagini diagnostiche	10 anni
Documentazione di natura amministrativa:	10 anni salvo sospensione o interruzione art. 2946 cc

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento le riconosce i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti del titolare.

- Diritto di accesso: (art.15 Reg. Eu.) le consente di ottenere conferma che sia in corso un trattamento accedendo ai dati.
- Diritto di rettifica: (art.16 Reg. Eu.) le consente di rettificare i dati personali integrandoli.
- Diritto di cancellazione: (art.17 Reg. Eu.) le consente di ottenere la cancellazione senza ingiustificato ritardo.
- Altri diritti riguardano Diritto di limitazione (art.18 Reg. Eu.), Diritto di opposizione (art.21 Reg. Eu.), Diritto alla portabilità (art.20 Reg. Eu.), Diritto di reclamo (art.77 Reg. Eu.).

In qualsiasi momento può revocare il proprio consenso, la revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca e non può andare contro gli obblighi normativi che in diversi casi prevedono la conservazione della cartella clinica e delle informazioni in essa contenute. Per poter esercitare i suoi diritti le consigliamo di utilizzare il modulo che è stato predisposto dal Garante della Privacy italiano e che può reperire nel sito web dello stesso all'indirizzo <https://www.garanteprivacy.it/home/> dove troverà maggiori dettagli sui propri diritti e le modalità di esercizio degli stessi.

8. Ulteriori informazioni

Maggiori informazioni, la nostra privacy policy e questa informativa, sono disponibili sul nostro sito all'indirizzo www.villaurora.com, se avesse necessità di comprendere meglio i suoi diritti può chiedere presso l'ufficio amministrativo che cercherà di darle riscontro nel minor tempo possibile, in base alle sue richieste. Può anche esercitare i propri diritti inoltrando comunicazione scritta, corredata da un documento di riconoscimento in corso di validità, al numero FAX 0742.358686 o via mail info@villaurora.com.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che la riguardano e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza, le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato. L'interesse reciproco è di generare la consapevolezza di come l'acquisizione di certe informazioni che la riguardano è essenziale per poter erogare le prestazioni di servizi in sicurezza, tutelando la sua salute.

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Presa visione delle informazioni sopra fornite, in piena libertà, esprimo il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, in relazione alle finalità sotto indicate che si riferiscono ad alcuni aspetti del trattamento, apponendo un segno nella casella affermativa per ognuna delle seguenti voci.

FINALITÀ DI TRATTAMENTO		
Per rilasciare certificazioni relative al suo stato di salute.	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per valutare e controllare anche allo scopo di migliorare i servizi facendo riferimento al grado di soddisfazione dell'utente e per quanto strettamente connesso alle prestazioni erogate secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento.	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per lo studio, la ricerca epidemiologica, scientifica e statistica nei limiti e con le modalità previste dalla normativa.	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per fornire informazioni circa la sua presenza e stato di salute a persona/e da lei indicata/e (specificare sotto):	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per fornire informazioni circa il suo stato di salute al suo medico di medicina generale (medico di assistenza primaria, ovvero medico di famiglia) o pediatra di libera scelta.	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per fornire informazioni circa il suo stato di salute ad enti assicurativi da lei indicati.	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Per <input type="checkbox"/> Minore ≤ 14 anni <input type="checkbox"/> Interdetto		
Firma Genitore 1		
Firma Genitore 2		
Firma Tutore		
Documento		

Foligno

Firma dell'utente
