



Casa di Cura
VILLA AURORA S.p.A.

MODULO
INFORMATIVA PRIVACY
CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

(ART.13 D.LGS.196/2003)



MODULO PRIVACY
Edizione 2 rev.0 del 10.04.2017

Gentile signore/a, questo documento contiene l'informativa per il trattamento dei dati personali che la riguardano in relazione alla prestazione da lei richiesta, secondo la previsione dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

a. I dati personali che la riguardano saranno trattati, per finalità di diagnosi e cura, nonché per gli adempimenti amministrativi contabili e fiscali connessi, attraverso gli strumenti elettronici (computers) e tradizionali (cartacei) della Casa di Cura Villa Aurora S.p.a.

Lei è libero di conferire i suoi dati personali, tuttavia, nel caso in cui Lei rifiutasse il conferimento, nella ipotesi superiore sub a) non sarà possibile erogarle la prestazione richiesta.

b. I dati personali che la riguardano potrebbero essere utilizzati da terzi in ordine a ricerche statistiche e di misurazione della qualità dei servizi, nel caso non accostuisse a questo trattamento non si pregiudica la erogazione della prestazione sanitaria.

c. Qualora abbia acconsentito alla formazione del dossier sanitario elettronico (insieme di informazioni personali che la riguardano, il più possibile completo, che documenti parte della sua storia sanitaria, al fine di migliorare il suo processo di cura attraverso un accesso integrato di tali informazioni da parte del personale sanitario coinvolto) i dati trattati per questa specifica prestazione sanitaria vi saranno inseriti in caso di sua autorizzazione, il rifiuto non impedirà l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta.

d. I suoi dati personali potranno essere conosciuti dal personale medico ed infermieristico della Casa di Cura Villa Aurora (quali incaricati e responsabili) limitatamente alla prestazione sanitaria da lei richiesta, nonché dal personale amministrativo della Casa di Cura (quali incaricati) limitatamente agli adempimenti amministrativi contabili e fiscali.

Tali dati, salvo per sua specifica autorizzazione o per espresso obbligo di legge, non saranno comunicati a terzi, né diffusi.

e. La informiamo che l'art. 7 del D.lgs. n. 196 del 2003 Le riconosce taluni diritti e precisamente:

1) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili e del Rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 ; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Rappresentante designato nel territorio dello Stato, di Responsabili o incaricati.

3) L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione, in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rileva impossibile o comunque porta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4) L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento dei dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

f. Titolare del trattamento è la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a., nella persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Foligno, Via Arno 2, cui può rivolgere le istanze previste dal superiore art. 7 D.Lgs. 196/2003.

g. Il responsabile del trattamento all'interno della Casa di Cura è il dott. Francesco Ponti al quale potrà rivolgersi per far valere, in relazione al trattamento degli stessi, i Suoi diritti così come indicato dall'art. 7 del D.L.gs n. 196 del 2003.



Casa di Cura
VILLA AURORA S.p.A.

MODULO
INFORMATIVA PRIVACY
CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

(ART.13 D.LGS.196/2003)



MODULO PRIVACY
Edizione 2 rev.0 del 10.04.2017

- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PRESTAZIONI

Io sottoscritto/a

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la Casa di Cura Villa Aurora di Foligno, al trattamento dei miei dati ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 30 giugno 2003, per le finalità di diagnosi e cura

DICHIARO DI ESSERE

il diretto interessato

l'esercente la potestà legale nei confronti di:

Nome Cognome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

- CONSENSO ALL'INSERIMENTO DEI DATI NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la Casa di Cura Villa Aurora, ad inserire i dati personali relativi a questa prestazione sanitaria nel dossier sanitario elettronico

- INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a:

Nessuno Familiari (*nome e cognome*)

Medico curante (*nome e cognome*)

Altro (*nome e cognome*)

- INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN CASA DI CURA

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Che sia resa nota la mia presenza in questa Casa di Cura, consentendo di fornire l'informazione a chi ne faccia richiesta.

- AUTORIZZAZIONE PER INTERVISTA TELEFONICA

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

La Casa di Cura, attraverso i propri operatori, a contattarmi telefonicamente per le eventuali indagini del grado di soddisfazione riferito alla mia degenza.

Data Firma del paziente

Per: Minori Interdetti

Firma del genitore/tutore

N° documento identificativo:

In caso di impedimento fisico e/o di impossibilità a firmare:

Firma del coniuge/convivente/prossimo congiunto

N° documento identificativo: