

	INFORMATIVA PRIVACY 	Rev. 1.0 Pag. 1/5 INF_39_Informativa-Lab-Trasfusionale v1.0 del 14/03/2023
---	---	---




INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE



La presente informativa viene resa, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Reg. UE n. 2016/679 o RGPD), in relazione al trattamento di dati personali effettuati nelle Unità Operative afferenti al Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale dell'ASL BARI.

<p style="text-align: center;"><u>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</u></p> <div style="text-align: center;"></div> <p>Chi determina le finalità ed i mezzi del trattamento dei Suoi dati personali?</p>	<p>ASL BARI Lungomare Starita 6, 70123 Bari (BA) Telefono: 0805842568 email: direzione.generale@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it</p>
<p style="text-align: center;"><u>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO)</u></p> <div style="text-align: center;"></div> <p>Chi vigila sulla protezione dei Suoi dati personali?</p>	<p>Dati di contatto del DPO: email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it tel.: 0805843720</p>
<p style="text-align: center;"><u>FINALITA' DEL TRATTAMENTO</u></p> <div style="text-align: center;"></div> <p>A quale scopo trattiamo i Suoi dati personali?</p>	<p style="text-align: center;"><u>BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO</u></p> <div style="text-align: center;"></div> <p>Quali sono i presupposti di liceità del trattamento dei dati personali?</p>
<p>Il trattamento dei suoi dati personali è necessario per l'analisi e la lavorazione di materiali biologici al fine di fornirle le informazioni utili alla prevenzione, diagnosi, prognosi, terapia, monitoraggio, idoneità alla donazione di cellule e tessuti. In particolare, i laboratori forniscono consulenze su quesiti clinici, percorsi diagnostici e interpretazione dei referti. Altresì svolgono attività didattica per laureati e svolge attività di ricerca clinica pubblicando lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali.</p> <p>Su richiesta dell'interessato, i risultati degli esami di laboratorio potranno essere trasmessi via email/pec/posta.</p>	<p>Il trattamento dei suoi dati personali e particolari (relativi allo stato di salute) è necessario per finalità di diagnosi e cura per le quali non è richiesto il suo consenso al trattamento dei dati.</p> <p>Base giuridica: Art. 9 par.2 lett. h) del RGPD, 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.</p> <p>Per la trasmissione dei referti di laboratorio sulla email/pec/posta dell'interessato, sarà richiesto il consenso esplicito, ai sensi dell'art. 9 par.2 lett. a) del RGPD.</p>

	INFORMATIVA PRIVACY 	Rev. 1.0 Pag. 2/5 INF_39_Informativa-Lab-Trasfusionale v1.0 del 14/03/2023
---	---	---

<u>CATEGORIA DI DATI</u>  Quali tipologie di dati sono trattati?	<u>TEMPI DI CONSERVAZIONE</u>  Per quanto tempo sono conservati i dati personali?	<u>DESTINATARI DEI DATI</u>  A chi possono essere comunicati i dati personali?
Per le finalità di cura saranno raccolti dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi allo stato di salute e campioni biologici.	I dati personali sono conservati per il tempo necessario a raggiungere le finalità per le quali sono trattati e nel rispetto del Piano di conservazione aziendale.	I Suoi dati personali potranno essere comunicati, nei limiti consentiti dalla normativa (in particolare la normativa sulle malattie infettive trasmissibili) alle seguenti organizzazioni: - sistemi di sorveglianza epidemiologica nazionale; - organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità; - fornitori di servizi e soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale (es. Associazione Donatori) con il Titolare che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'ASL, appositamente qualificati "responsabili del trattamento" ai sensi dell'ex art. 28 del RGPD. Ai sensi dell'art.5 comma 4 - Legge 135 del 5 giugno 1990, La comunicazione del risultato del test HIV, potrà essere data esclusivamente al diretto interessato.

La informiamo altresì dell'esistenza di alcuni **Suoi diritti** sui dati personali e sulle relative modalità per esercitare gli stessi nei confronti del Titolare del trattamento.

<u>DIRITTI ESERCITABILI</u> ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD)	
Accesso ai dati personali – art. 15 del RGPD	Rettifica dei dati personali – art. 16 del RGPD
Opposizione al trattamento – art. 21 del RGPD	Limitazione del trattamento – art. 18 del RGPD
Diritto alla comunicazione della violazione dei dati – art. 34 del RGPD	Diritto al reclamo all'Autorità Garante – art. 77 del RGPD
<u>DATI DI CONTATTO PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI</u>	email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it tel.: 0805843720
<u>PREVISIONE DI PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO – PROFILAZIONE</u>	Non è prevista alcuna forma di processo decisionale automatizzato. Non è prevista alcuna profilazione.
<u>REVOCA CONSENSO</u>	Il consenso, ove richiesto, potrà essere revocato in qualsiasi momento scrivendo al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati.
<u>TRASFERIMENTO DATI VERSO PAESI TERZI EXTRA UE</u>	Non sono previsti trasferimenti di dati verso Paesi terzi o Organizzazioni internazionali
<u>FONTE DEI DATI</u>	I dati personali sono raccolti direttamente dall'interessato.
<u>CONFERIMENTO DEI DATI</u>	Il conferimento dei dati personali e particolari è facoltativo ma necessario garantirLe la prestazione richiesta.

	INFORMATIVA PRIVACY 	Rev. 1.0 Pag. 3/5 INF_39_Informativa-Lab-Trasfusionale v1.0 del 14/03/2023
---	---	---

La versione aggiornata di questa informativa sarà resa disponibile sul sito web istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell'apposita sezione "Privacy".



[inquadra il Qrcode per accedere on-line alla sezione Privacy del sito internet istituzionale]

Il Titolare del trattamento dei dati personali
ASL BARI



**CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DEI REFERTI A MEZZO EMAIL/PEC
Ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati**

Il **sottoscritto** (nome e cognome).....nato a
 il / / codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.)
 via (indirizzo)

 ...
per sé
 oppure
 consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge
in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o
 unito civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017)
del Sig.re/ra (nome e cognome).....nato/a
 a il / / codice fiscale.....residente a
 (Comune, Prov.) via (indirizzo)

ACCONSENTE

a) ALLA TRASMISSIONE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

.....

TRAMITE
 EMAIL **PEC** :

.....

b) ALLA COMUNICAZIONE DELLA PASSWORD DI APERTURA DEL FILE TRAMITE
 CELLULARE..... :

oppure, consapevole dell'aumentato rischio di accesso indebito ai dati, tramite stessa **EMAIL** **PEC**

DICHIARA

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della richiesta di consegna mezzo email o pec della documentazione sanitaria (informative privacy disponibili sul sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell'apposita sezione Privacy);
- di esonerare l'ASL BARI da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, accesso illegittimo, divulgazione di dati, ritardo, mancata ricezione e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, dopo l'invio della documentazione sanitaria tramite posta elettronica ordinaria e/o certificata.

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**

AVVERTENZE

Allegare copia non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.



CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DEI REFERTI A MEZZO POSTA
ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il **sottoscritto** (nome e cognome).....nato a
..... il / / codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.)
..... via (indirizzo)
.....

per sé
oppure

consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o unito
civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017)

del Sig.re/ra (nome e cognome).....nato/a
a il / / codice fiscale.....residente a
(Comune, Prov.) via (indirizzo)
.....
...

RICHIEDE ED ACCONSENTE

ALLA TRASMISSIONE A MEZZO POSTA TRADIZIONALE

ALL'INDIRIZZO:.....

DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE: [tipo esame – data richiesta esame]
.....

DICHIARA

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito delle prestazioni sanitarie rese dall'ASL BARI;

DICHIARA CONSAPEVOLMENTE DI ACCETTARE CHE

- Per la consegna della documentazione al domicilio si autorizza l'ASL BARI al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa vigente;
- In caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale;
- La consegna a mezzo posta, in busta chiusa sulla quale sia riportato nome, cognome, indirizzo dell'assistito, con dicitura "riservata personale", possa avvenire anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc...)

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**

AVVERTENZE

Allegare fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e, se del caso, del delegato