







**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
 PER I SERVIZI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE
 Articoli 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

Gentile Utente,

l'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, in qualità di TITOLARE del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora in poi, per brevità, il "TITOLARE"), Le fornisce le seguenti informazioni con riferimento all'attività che complessivamente può essere esercitata nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ospedaliere, relativamente al servizio di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che Lei intendesse richiedere:

| | | |
|---|---|---|
|  | ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE E DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI | |
| | TITOLARE DEL TRATTAMENTO | AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale, con sede legale in via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: direzionegenerale@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it |
| | RESPONSABILE PROTEZIONE DATI | DATI DI CONTATTO: Via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it |
|  | OGGETTO E FINALITA' DEL TRATTAMENTO Il trattamento dei Suoi dati personali comuni (ad es: nome e cognome, data di nascita, immagini/foto, codice fiscale, indirizzo IP, numero di telefono, indirizzo E- mail ecc.), dati appartenenti a categorie particolari (“ <i>dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona</i> ”) e dati giudiziari (“ <i>relativi a condanne penali e reati</i> ”), di seguito definiti congiuntamente come “ dati personali ”, da Lei forniti direttamente o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, sarà effettuato esclusivamente per le finalità di seguito specificate: <ol style="list-style-type: none"> 1. attività sanitarie a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi incluse quelle correlate ai trapianti di organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano; 2. attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, attività certificatorie relative allo stato di salute, contabilizzazione, ecc.); 3. attività socio-assistenziali a favore di minori e soggetti fragili, non autosufficienti o incapaci; 4. attività legate alla fornitura di beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di protesi ed ausili); 5. programmazione dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata e della qualità del servizio, anche attraverso questionari di valutazione del gradimento; 6. attività svolte in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (es: flussi informativi obbligatori verso Regione, Ministero della Salute ed altri Enti competenti, investigazioni della Autorità Giudiziaria, ecc.); 7. attività amministrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di tutela sociale della maternità e di interruzione della gravidanza, stupefacenti e sostanze psicotrope, assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate, finalità indennitarie; 8. attività di accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, della condizione di handicap e della disabilità; adempimenti medico-legali (visite fiscali - visite collegiali - idoneità alla guida: giudizi collegiali o monocratici, attività di valutazione e di certificazione medico-legale); 9. implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia, in conformità alle leggi ed ai regolamenti; 10. attività epidemiologica e statistica, con la garanzia dell'assoluto anonimato e nel rispetto dei limiti e delle condizioni dettate dalla legge, per fini di ricerca scientifica e/o valutazioni inerenti la qualità e appropriatezza delle prestazioni; 11. farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, igiene e sanità pubblica; 12. attività didattica e di formazione in campo universitario e professionale nel rispetto del diritto alla riservatezza del paziente; 13. instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria Locale ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale; 14. ricerca scientifica, anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche, effettuata in base a norme di legge o di regolamento, con la garanzia dell'assoluto anonimato e nel rispetto dei diritti e delle libertà dell'interessato; 15. implementazione, gestione e manutenzione dell'infrastruttura tecnologica; 16. gestione di eventuali richieste risarcitorie, conseguenti contenziosi ed altre finalità difensive. | |
|  | BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO Il trattamento dei Suoi dati personali per tutte le finalità sopraindicate sarà effettuato per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico e sulla base di una norma di legge o di regolamento (art. 6 paragrafo 1, lett. e, GDPR). La base giuridica del trattamento di categorie particolari di dati personali risiede nello svolgimento dei compiti del Servizio Sanitario Nazionale (art. 9 par. 2 lettere f, g, h, i, j, GDPR ed art. 2 sexies, co.2, Codice Privacy). Il conferimento dei dati personali richiesti è indispensabile; in mancanza non sarà possibile erogare i servizi e le prestazioni sopraindicate, salvo i casi di urgenza e/o emergenza sanitaria. | |

| | |
|---|---|
|  | <p>TRASFERIMENTO DI DATI EXTRA UE</p> <p>Il Titolare rende noto che, qualora necessario, l'eventuale trasferimento dei dati personali verso Paesi extra UE sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente, ovvero secondo una delle modalità consentite dalla legge (presenza di una decisione di adeguatezza o di garanzie adeguate, comprese le norme vincolanti di impresa e le clausole contrattuali standard, il suo consenso, ecc.).</p> |
|  | <p>MODALITA' DI TRATTAMENTO</p> <p>Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità e della conservazione, minimizzazione dei dati (i dati raccolti saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto strettamente necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati), esattezza, integrità e riservatezza.</p> <p>I Suoi dati saranno trattati sia in forma cartacea, che in formato digitale e con l'adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza.</p> <p>Qualora utile per le cure o per la valutazione del Suo percorso diagnostico-terapeutico, potranno anche essere utilizzate immagini diagnostiche e foto, sistemi di ripresa audio – video, ovvero modalità di erogazione di servizi di assistenza tramite il ricorso alla telemedicina/telemonitoraggio, con la predisposizione di adeguate misure di protezione dei dati.</p> <p>Le sue immagini diagnostiche, foto, riprese audio-video potranno essere utilizzate anche a scopo didattico solo in forma rigorosamente anonima e comunque secondo modalità che non La rendano identificabile.</p> <p>Il trattamento dei Suoi dati sarà svolto da personale dipendente o da altri soggetti che collaborano con l'Azienda, tutti debitamente a ciò autorizzati dal Titolare o da un suo delegato, nonché da soggetti appositamente designati dal Titolare quali Responsabili del trattamento dei dati personali, tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati.</p> <p>CONSERVAZIONE DEI DATI</p> <p>I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati e, successivamente, nel rispetto dei termini previsti dalle disposizioni di legge e dalle vigenti procedure di scarto degli archivi documentali. Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, saranno conservate a tempo indeterminato.</p> <p>COMUNICAZIONE DEI DATI</p> <p>I Suoi dati personali non verranno in alcun modo diffusi e saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e di ufficio.</p> <p>Le informazioni sul Suo stato di salute potranno essere comunicate a soggetti terzi (familiari, conoscenti, ecc.) solo se da Lei specificatamente consentito.</p> <p>Per finalità istituzionali e/o amministrative, o nei casi previsti da norme di legge o di regolamento, potranno essere comunicati ad altri soggetti ed agli enti competenti.</p> <p>In particolare, a titolo esemplificativo, potranno essere comunicati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Servizio Sanitario Nazionale e Regionale; ➢ Soggetti Pubblici (altre Aziende sanitarie ed ospedaliere) e Privati (strutture sanitarie private, case di riposo, ecc.), coinvolti nel Suo percorso diagnostico-terapeutico; ➢ Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, quando previsto; ➢ Servizi Sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti deboli; ➢ Istituti bancari che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati; ➢ Compagnia Assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per le ipotesi di responsabilità; ➢ legali e consulenti qualificati ad intervenire nelle controversie in cui è parte l'Azienda Sanitaria Locale BR; ➢ altri soggetti pubblici (ad esempio Regione, Comune, INAIL, INPS, ecc..) o privati a cui siano affidati compiti da parte dell'Azienda per finalità istituzionali (es. Igiene, sanità pubblica, controllo assistenza e spesa sanitaria) e per disposizione di legge o regolamento; ➢ Autorità Giudiziaria e di Pubblica Sicurezza, nei casi previsti dalla legge. |
|  | <p>DIRITTI DELL'INTERESSATO</p> <p>In qualsiasi momento Lei può esercitare i seguenti diritti relativamente ai Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento Europeo 2016/679:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ottenere l'accesso ai propri dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; ➢ ottenere l'aggiornamento, la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; ➢ ottenere la limitazione del trattamento, nei casi previsti; ➢ opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, per motivi legittimi; ➢ proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, qualora ne ricorrano i presupposti, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web dell'Autorità Garante www.garanteprivacy.it . <p>Il diritto alla cancellazione (oblio) non è esercitabile nel settore della sanità pubblica.</p> <p>Il diritto alla portabilità non è esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario.</p> <p>Il diritto di revoca del consenso è applicabile esclusivamente ai trattamenti effettuati sulla base del rilascio del consenso, rimanendo tuttavia valido per i trattamenti effettuati precedentemente alla revoca.</p> <p>PER ESERCITARE I SUOI DIRITTI PUO' SCRIVERE A:</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale Via Napoli, n°8, 72100 – Brindisi Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it E-Mail: direzionegenerale@asl.brindisi.it</p> <p>La presente informativa ha efficacia in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate nei Suoi confronti da ogni distinta Struttura/Unità Operativa di questa ASL BR, anche in tempi diversi ed è consultabile sul sito internet istituzionale della ASL BR all'indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi, sezione Privacy, nell'ultima versione aggiornata.</p> |



ASL Brindisi

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi (Casale)

C.F. P. IVA 01647800745 - Web: <http://www.asl.brindisi.it>

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 4 – 6 – 7 - 9 del Regolamento europeo 2016/679 (detto GDPR)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,

residente in _____, via _____ e

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,

residente in _____, via _____

nella qualità di **diretto interessato** e/o **genitore/legale rappresentante** dell'interessato _____

_____ nato a _____ il _____,

residente in _____, via _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, anche affissa nei locali dell'ASL BR e consultabile sul sito internet istituzionale dell'Azienda <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi>, sezione Privacy, **consapevole che il trattamento riguarderà dati appartenenti a categorie particolari di dati personali** "dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona" **e che il consenso prestato resterà valido anche per tutti i successivi eventuali accessi presso le varie strutture sanitarie dell'ASL BR**, pure in tempi diversi, e per tutte le diverse prestazioni che verranno erogate nei Suoi confronti, anche da distinti reparti ed unità della stessa struttura o di articolazioni ospedaliere o territoriali, **fino ad esplicita revoca del consenso medesimo.**

AUTORIZZA

➤ che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute dell'interessato:
 a nessuno a tutti al proprio medico curante _____
 a _____

➤ che la presenza dell'interessato nella Struttura Sanitaria sia comunicata a:
 a nessuno a tutti al proprio medico curante _____
 a _____

CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI TELEFONICHE E/O TRAMITE E-MAIL/PEC

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

che il numero di telefono _____

e/o l'indirizzo E-mail/Pec _____

possano essere utilizzati da personale della ASL BR per le comunicazioni inerenti le prestazioni sanitarie che intende eseguire. Dichiaro di essere a conoscenza che la comunicazione telefonica sarà effettuata alla persona che risponderà alla chiamata, data l'impossibilità di accertare correttamente la sua identità.

Data _____ Firma del paziente/utente/Legale rappresentante _____

Firma del Legale rappresentante _____

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____

in servizio presso _____

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Modello per consenso di persona diversa dall'interessato)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____
e il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____
nella qualità di **genitore/legale rappresentante/**_____ dell'interessato
_____ nato a _____ il _____, residente in _____,
via _____,

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall' art. 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

- di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato:
 - congiunta con il coniuge che è informato ed acconsente al suddetto trattamento dei dati personali del minore;
 - in via esclusiva;
- di essere il legale rappresentante dell'interessato sopra indicato (tutore/ amministratore di sostegno/ _____);

In caso di emergenza sanitaria e/o di igiene pubblica:

- di essere convivente o unito civilmente con l'interessato sopra indicato;
- di essere familiare _____ (indicare il rapporto di parentela/affinità) dell'interessato sopra indicato;
- di essere un fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219;
- di essere responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'interessato di aver prestato in sua vece il consenso e della possibilità di revocarlo, non appena questi sia in grado di prestarlo autonomamente.

Data _____

Firma del dichiarante _____

Firma del dichiarante _____

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____

in servizio presso _____

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.38 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via e-mail/pec di detto Ufficio, tramite un incaricato, oppure a mezzo servizio postale.