



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi (Casale)

C.F. P. IVA 01647800745 - Web: www.asl.brindisi.it

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

Gentile Utente,

l'Azienda Sanitaria Locale BR, 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 all'interno della ASL BR 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	
	<p>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.) ed 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>”), 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:</p> <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; 8. attività di accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, della condizione di handicap e della disabilità; 9. adempimenti medico-legali (visite fiscali - visite collegiali - idoneità alla guida: giudizi collegiali o monocratici); 10. implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia, in conformità alle leggi ed ai regolamenti; 11. 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; 12. farmacovigilanza e dispositivo vigilanza; 13. igiene e sanità pubblica; 14. attività didattica e di formazione in campo universitario e professionale nel rispetto del diritto alla riservatezza del paziente; 15. instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria Locale ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale; 16. 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; 17. gestione di eventuali richieste risarcitorie, conseguenti contenziosi ed altre finalità difensive. 	
	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	
	<p>Il trattamento dei Suoi dati personali, per le finalità indicate dal n°1 al n°16, sarà effettuato per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri e sulla base di una norma di legge o di regolamento. Con riferimento alla finalità indicata al n°17, il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato per il perseguimento del legittimo interesse del Titolare del trattamento, tenuto conto del diritto di difesa.</p> <p>Il conferimento dei dati 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

Il Titolare rende noto che, qualora necessario, l'eventuale trasferimento dei Dati verso Paesi Terzi avverrà nel rispetto della normativa vigente, ovvero secondo una delle modalità consentite dalla legge.



MODALITA' DI TRATTAMENTO

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.

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.

Qualora utile per le cure, potranno anche essere utilizzati sistemi di ripresa audio – video, ovvero modalità di erogazione di servizi di assistenza tramite il ricorso alla telemedicina, con la predisposizione di adeguate misure di protezione dei dati.

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.

CONSERVAZIONE DEI DATI

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 vigenti procedure di scarto degli archivi documentali (si richiama al riguardo il Massimario di scarto). Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, verranno conservate a tempo indeterminato.

COMUNICAZIONE DEI DATI

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.

Le informazioni sul Suo stato di salute potranno essere comunicate a soggetti terzi (familiari o conoscenti) solo se da Lei specificatamente consentito.

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.

In particolare, a titolo esemplificativo, potranno essere comunicati a:

- Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
- Soggetti Pubblici (altre Aziende Sanitarie) 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 espressamente previsti dalla legge.

RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

L'interessato può conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dati scrivendo all'Azienda Sanitaria Locale Br all'indirizzo sotto indicato.



DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento Europeo 2016/679:

- 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.

Il diritto alla cancellazione (oblio) non è esercitabile nel settore della sanità pubblica.

Il diritto alla portabilità non è esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario.

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.

PER ESERCITARE I SUOI DIRITTI PUO' SCRIVERE A:

Azienda Sanitaria Locale BR, via Napoli, n°8, 72100 – Brindisi

E-mail: direzione generale@asl.brindisi.it - Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

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.



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 -7- 9 del Regolamento europeo 2016/679 (detto GDPR)

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

residente in _____, via _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, 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 al suo stato di salute:
 - a nessuno
 - a tutti
 - al proprio medico curante _____
 - a _____
- che la sua presenza 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

Numero di telefono _____ E-MAIL/PEC _____

- ACCONSENTO** che il numero di telefono e/o l'indirizzo E-MAIL/PEC sopra riportati possano essere utilizzati da personale della vostra ASL BR per le comunicazioni inerenti le prestazioni sanitarie che intendo eseguire. Dichiaro di essere a conoscenza che la predetta comunicazione telefonica sarà effettuata alla persona che risponderà alla Vostra chiamata, nell'impossibilità di accertarne correttamente l'identità.
- NON ACCONSENTO** alle comunicazioni telefoniche e tramite E-MAIL/PEC.

Data _____ Firma del paziente/Legale rappresentante _____

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ documento d'identità n° _____,
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 del paziente sopra indicato (tutore/ amministratore di sostegno/ _____);

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

- di essere convivente o unito civilmente con il paziente sopra indicato;
- di essere familiare _____ (indicare il rapporto di parentela/affinità) del paziente 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 di comunicare al paziente 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 _____

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____

in servizio presso _____

Data _____

Firma _____