

Nome e cognome del paziente: . .

Codice fiscale del paziente:

Gentile utente,

desideriamo informarla adeguatamente sul trattamento dei dati che ci fornirà e che sarà effettuato presso questa struttura dal titolare del trattamento, ai sensi delle normative vigenti in materia -art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (in seguito, "Codice Privacy") e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito "GDPR"). Pertanto

LA INFORMIAMO

che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Oggetto del Trattamento

Le categorie di dati personali oggetto del trattamento sono:

- a) i dati personali identificativi (nome, cognome, indirizzo, telefono, email ...) tali dati sono necessari per svolgere attività quali prenotazione delle prestazioni, tracciabilità delle prestazioni stesse, prendere contatto con lei ai fini di renderle un servizio più utile possibile oltre che adempiere gli obblighi di legge;
- b) i dati riferibili alla sua salute. Tali dati sono necessari per erogare le prestazioni (che comprendono la visita medica, diagnosi, definizione della terapia ed erogazione della terapia stessa o altre prestazioni facenti parte dei nostri servizi) da lei richieste e tutelare la Sua salute nel miglior modo possibile.

2. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati con il Suo consenso espresso a calce della presente informativa per le finalità di erogazione delle prestazioni da lei richieste presso la nostra Organizzazione.

La informiamo che tali dati, qualora trattati per prestazioni erogate in regime di accreditamento istituzionale, dovranno da noi essere trasmessi al Sistema Sanitario Nazionale al fine di adempiere a quanto previsto dalle norme di legge Regionale e Nazionale.

3. Modalità di trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n. 2 GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I Suoi dati personali saranno trattati sia con strumenti cartacei sia con strumenti elettronici. In merito a quest'ultimo aspetto, le comunichiamo che il software da noi utilizzato per la gestione delle attività che eroghiamo si avvale di tecnologia *cloud computing* con il massimo grado di garanzia in termini di sicurezza e di conformità al GDPR. I dati personali sono conservati per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 10 anni dalla data della conclusione e/o definizione del servizio/prestazione.

4. Firma grafometrica

Utilizziamo i tablet per acquisire la tua firma sulla presente informativa privacy e sul consenso informato. Il dato grafometrico è acquisito per finalità di interesse legittimo del titolare diretto ad adempiere agevolmente gli obblighi di legge con conservazione dei documenti mediante il programma "Gipo Firma" di Ianiri Informatica s.r.l., Amministratore di Sistema che tratta i dati con modalità conformi alla normativa privacy, dati conservati da Unimatica S.p.a., sub-responsabile che adotta le misure necessarie per la sicurezza fisica e logica del sistema.

I dati grafometrici vengono conservati solo per i tempi necessari a rispettare la normativa di legge.

Il consenso all'utilizzo di tale mezzo di acquisizione della firma è facoltativo e Lei potrà sempre richiedere di visionare e firmare i documenti cartacei.

5. Accesso ai dati

I Suoi dati (punti 1.a e 1.b) potranno essere resi accessibili senza la necessità di un espresso consenso a:

- a) dipendenti, collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni e/o esterni del trattamento e/o amministratori di sistema per le finalità legate alla corretta erogazione delle prestazioni;
- b) soggetti terzi quali Azienda Sanitaria di riferimento, Agenzia delle Entrate e/o gli enti che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate quando previsto e strettamente necessario per il rimborso delle prestazioni) e alla compagnia assicurativa della Struttura per la tutela solo in ipotesi di responsabilità e ad Autorità Pubbliche (es. Forze dell'ordine) previa verifica di legittimità della richiesta. I Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

6. Trasferimento dati

I dati personali sono conservati su server ubicati all'interno della Comunità Europea.

I dati non verranno trasferiti all'estero.

7. Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere

Il conferimento dei dati per le finalità relative alla prestazione/servizio da erogare è obbligatorio.

In loro assenza, non potrà essere garantita la puntuale erogazione della prestazione/servizio.

8. Diritti dell'interessato e modalità di esercizio dei diritti

In qualità di interessato Le sono garantiti, rispetto ai suoi dati, i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy ed artt. 15-16-17-18-20-21 GDPR; precisamente i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità e opposizione. La invitiamo, qualora voglia esercitare i suoi diritti o semplicemente richiedere maggiori informazioni rispetto ad essi, a prendere contatto con il nostro Responsabile Protezione dei Dati nelle seguenti modalità:

- Via posta elettronica all'indirizzo privacy@fisioterapia.it
- via posta tradizionale all'indirizzo FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL, Viale Felice Cavallotti, 15, 35124 Padova PD
- Telefonicamente (solo per richiesta informazione) al numero 049 880 4460

9. Titolare, responsabile e incaricati

il Titolare del trattamento è FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

Il Responsabile della protezione dei dati è AVV. ALESSIA CLEMENTI.

Nome e cognome del paziente: . .

Codice fiscale del paziente:

Firma dell'interessato (o di chi ne fa le veci) per presa visione della sopra riportata informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Firma _____

Per i minori o gli inabili a prestare il consenso, apporre la firma leggibile di chi esercita la tutela sull'interessato al trattamento ed il numero del documento identificativo di cui la struttura tratterà copia.

Numero documento identificativo _____

Nome e cognome del paziente: . .

Codice fiscale del paziente:

REFERTI E DOCUMENTI CONTENENTI DATI SANITARI

Qualora ci richieda copia della sua documentazione sanitaria in nostro possesso, le potrà essere consegnata:

- FORMATO CARTACEO personalmente o da un suo delegato solo se muniti di documento di riconoscimento .

Delego al ritiro il/la sig./sig.ra _____
(facoltativo)

- INVIO CON POSTA ELETTRONICA all'indirizzo da Lei fornito al momento della sottoscrizione della presente.

Le verrà inviato un messaggio contenente la password che Le consentirà di aprire l'allegato alla e-mail contenente la documentazione richiesta.

Dichiaro di prestare il consenso alla ricezione della documentazione richiesta al seguente indirizzo:

_____ @ _____

e

q di ricevere la password al seguente numero di telefono _____

In ogni momento, potrà revocare il consenso:

q all'invio informatico;

q alla delega di ritiro.

Padova,

Firma _____