



INFORMATIVA PRIVACY PER L'UTENTE AMBULATORIALE

Gentile/i genitore/i, amministratore di sostegno, curatore, tutore (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

del/la paziente minore (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

entrambe in qualità di interessati, desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR") prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Istituto Suore di Maria Consolatrice**, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

A. CATEGORIE DI DATI: Istituto Suore di Maria Consolatrice tratterà i dati personali quali dati identificativi e di contatto suoi e del minore/incapace di agire e i dati inerenti alla salute di quest'ultimo (ad es. certificati di malattia, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).

B. FONTE DEI DATI PERSONALI: I dati personali di cui Istituto Suore di Maria Consolatrice è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.

C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Il titolare del trattamento è **Istituto Suore di Maria Consolatrice Via Melchiorre Gioia, 51 - 20124 Milano P.IVA 01798650154**, contattabile telefonicamente al **02-66981648** o alla mail **smcmilano@ismc.it**.

D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: Il trattamento dei dati, che ha come base giuridica il suo consenso o l'esecuzione del contratto o un obbligo di legge o il legittimo interesse del Titolare, avviene per le seguenti finalità:

- 1. Amministrazione.** Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi, di contatto ed organizzativi necessari all'adempimento degli obblighi di legge in relazione agli aspetti sanitari, contrattuali, fiscali e contabili;
- 2. Diagnosi e terapie.** Svolgimento dell'attività diagnostica e realizzazione di eventuali terapie;
- 3. Videosorveglianza.** Alcuni ambienti della struttura sono soggetti a videosorveglianza per ragioni di sicurezza o di sorveglianza continua dei pazienti e sono segnalate da appositi cartelli con l'immagine stilizzata di una telecamera;
- 4. Customer satisfaction.** Analisi di soddisfazione dei servizi erogati dall'istituto, anche tramite questionari cartacei o telefonate con operatore;
- 5. Uso dati su pubblicazioni.** Diffusione dei dati dell'interessato anche tramite l'utilizzazione, su pubblicazioni cartacee dell'istituto o di terzi, di lavori didattici, storie del paziente e riprese fotografiche per documentare le attività (cliniche, di ricerca, riabilitative, integrative e ricreative) svolte con l'interessato (paziente) nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto;
- 6. Ricerca scientifica.** Ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela ed al miglioramento della salute dei pazienti;

E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo: **dpo@ismc.it**

F. DESTINATARI DEI DATI: Nei limiti pertinenti alle finalità, i dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I dati non saranno oggetto di alcuna diffusione.

G. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori della Comunità Europea.

H. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.



INFORMATIVA PRIVACY PER L'UTENTE AMBULATORIALE

I. DIRITTI DELL'INTERESSATO: L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

J. OBBLIGATORietà O MENO DEL CONSENSO: Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate dalla 1 alla 4, è obbligatorio per poter erogare i servizi. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato ricovero e la mancata prosecuzione del rapporto. Per le finalità dalla 5 alla 6, in conferimento dei suoi dati è facoltativo e non altera in alcun modo la prestazione del servizio.

K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. I Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/i sottoscritto/i _____, ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa e per i trattamenti previsti per le finalità dalla 1 alla 4 dell'informativa, in quanto necessario per gestire la prestazione ambulatoriale,

Accenso al trattamento dei dati

Per gli altri punti:

5. Uso dati su pubblicazioni: Diffusione dei dati tramite l'utilizzazione, su pubblicazioni cartacee dell'istituto o di terzi, di lavori didattici, storie del paziente e riprese fotografiche per documentare le attività svolte e le iniziative curate dall'istituto.

Accenso al trattamento dei dati

Non accenso al trattamento dei dati

6. Ricerca scientifica: Ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela ed al miglioramento della salute dei pazienti.

Accenso al trattamento dei dati

Non accenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, presta il proprio consenso al trattamento dei dati anche in occasione di future prestazioni socio sanitarie assistenziali, sino ad eventuale revoca da parte mia.

Nota bene: se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la responsabilità genitoriale (ex potestà), quale (specificare)

amministratore di sostegno

tutore

curatore

genitore (per i minori) altro

Data: ____/____/____

e Firma leggibile (per i minori entrambi i genitori):