

Informativa ex art. 13 e 14 Reg. UE 679/2016

Il/La Sig./ra _____

Data e Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

recapito telefonico _____

È informata/o sui seguenti punti

in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

1. Il regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

2. Il/La Dott./Dott.ssa _____

è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

A. dati anagrafici, di contratto e di pagamento - informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico

• Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali.

Il conferimento è obbligatorio.

B. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla mia salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazione, esami, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico

• Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali.

Il consenso è obbligatorio.

Con il termine dati personali si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerare.

I referti scritti così come le indicazioni terapeutiche, vengono tradotti in dati dal titolare e costituiscono l'insieme dei dati professionali, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice di Deontologico.

3. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggere la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

5. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento della finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non ci sia un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

7. I tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

A. dati anagrafici di contatto e di pagamento verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per il tempo di 10 anni;

B. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni.

8. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, ed in particolare:

a. dati anagrafici di contatto e di pagamento potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;

b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

9. Salvo parere contrario, da rendere attraverso il punto in calce alla presente, i dati anagrafici, di contatto e di pagamento saranno comunicati all'Agenzia delle Entrate ai fini della dichiarazione dei redditi, tramite flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria. Tale opposizione non pregiudica la detrazione delle spese, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata. Nel caso di opposizione le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate ai fini dell'elaborazione del mod. 730/UNICO precompilato e risulteranno accessibili anche dai soggetti fisicamente a carico (coniugi, genitori, ecc).

10. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

11. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione di trattamento, copia dei dati personali in formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onore del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

12. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami e le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia 11, 00187, Roma PEO: protocollo@gdpd.it, PEC: protocollo@pec.gdpd.it, centralino +39 06.696771, fax: +39 06.69677.3785

Visto e compreso tutto quanto sotto indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione, al preventivo, ad indicare la patologia in fattura e ad impiegare i propri dati clinici (anche se conservati presso la presente struttura) a fini fiscali.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

In caso di prestazione sanitaria per l'invio all'Agenzia delle Entrate dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

NON FORNISCE IL CONSENSO

Genova, _____

firma _____

Timbro e firma del professionista _____