

**INFORMATIVA PRIVACY
REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

Gentile sig./sig.ra,

desideriamo informarla che il Regolamento Europeo n. 679/2016 ufficialmente entrato in vigore il 25 maggio 2018 prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali.

La presente scrittura rappresenta un'informativa che è resa ai sensi dell'art. 13 e 14 del citato Regolamento Europeo.

Il "titolare" del loro trattamento è la società **"For me S.r.l."** con sede in Curno (Bg), via dell'Aeronautica n. 19, C.F. e P. Iva n. 04369340163 Rea BG 457515 nella persona del Legale rappresentante pro tempore vigente, reperibile al seguente indirizzo mail: privacy@formecentromedico.it

Il **Responsabile della Protezione dati** designato ai sensi dell'art. 37 GDPR è reperibile al seguente indirizzo mail dpo@formecentromedico.it

La Informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 e 14 GDPR 679/2016, i dati personali e particolari che la riguardano, da lei direttamente forniti o forniti dal suo medico, quali dati di contatto, notizie anagrafiche, anamnestiche e documentazione clinica, saranno trattati esclusivamente per le finalità sotto specificate, e tale trattamento avverrà in maniera prevalente, salvo quanto più avanti precisato, presso la stessa Struttura "For me S.r.l." con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

In alcuni casi potranno essere **trattati dati riguardanti familiari soprattutto con riferimento all'anamnesi.**

* * * *

Tali dati saranno trattati con sistemi **informatici e manuali**. Le banche dati sono organizzate in modo tale che l'accesso ai dati è consentito al solo personale espressamente autorizzato dal titolare del trattamento. **Per un elenco aggiornato e dettagliato degli autorizzati e dei Responsabili esterni si rimanda al foglio informativo a disposizione all'ingresso della struttura.**

La determinazione del periodo di conservazione dei dati personali raccolti viene limitata ad un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati e quindi viene determinata di volta in volta in base alla situazione specifica ed alle disposizioni di legge. In ogni caso il periodo di conservazione della documentazione ove sono riportati i predetti dati comuni e particolari, non può essere inferiore al periodo di conservazione imposto dalla normativa vigente ed in particolare dal **Massimario di Scarto** fornito dalla ATS Lombardia nella sua ultima versione aggiornata. Per quanto riguarda la finalità di marketing i suoi dati saranno trattati per un periodo massimo di 24 mesi (marketing senza profilazione) dalla registrazione del consenso, salvo esercizio del diritto di opposizione al trattamento, ovvero di revoca del consenso.

Il Titolare, senza la previsione di un espresso consenso, conformemente a quanto disposto dall'art. 130 comma 4 D.lgs 196/2003 novellato dal D.lgs 101/2018, potrà utilizzare il suo indirizzo mail, da lei liberamente fornito, ai fini di vendita diretta di propri prodotti o servizi od aggiornamento sulle attività organizzate, unicamente nel contesto della vendita di un prodotto o di un servizio analogo a quelli oggetto della vendita o legate al servizio di cui ha già potuto beneficiare

In qualsiasi momento potrà comunque richiedere la cancellazione dal nostro servizio informativo, semplicemente inviando una richiesta all'indirizzo mail riportato nelle premesse, oppure potrà seguire le istruzioni indicate nelle note a fondo pagina delle comunicazioni elettroniche che riceverà.

Per conoscere maggiori dettagli del periodo di conservazione dei dati scrivere all'indirizzo riportato all'inizio della presente informativa.

Il conferimento dei dati è **necessario** per il perseguimento delle finalità sottoindicate e in caso di rifiuto saremo **impossibilitati a fornirle la prestazione richiesta**. Il mancato conferimento del consenso espresso in tutti i casi in cui verrà richiesto nella presente informativa non sarà invece in alcun modo ostativo all'erogazione della prestazione sanitaria richiesta.

Per il raggiungimento delle finalità di cui sopra, i suoi dati potrebbero essere trasferiti a soggetti stabiliti in paesi non appartenenti allo spazio economico europeo, che offrono al Titolare servizi connessi alle attività di trattamento effettuate.

Tale trasferimento, ove ricorra il caso, avverrà unicamente nel rispetto delle condizioni previste dal GDPR e sarà disciplinato, a seconda dei destinatari, mediante il ricorso a clausole contrattuali standard adottate dalla Commissione europea o, in alternativa, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione e/o di ogni altro strumento consentito dalla normativa di riferimento.

Potrà ottenere maggiori informazioni sul luogo in cui i suoi dati sono stati, se del caso, trasferiti, scrivendo al seguente indirizzo privacy@formecentromedico.it.

I suoi dati verranno trattati per le seguenti finalità ed in forza delle citate basi giuridiche:

Finalità	Base giuridica	Modalità/Dettagli
Prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione (ambulatoriale o chirurgica), anche con acquisizione di immagini e video.	Per dati comuni: esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6.1 lettera b). Per dati particolari: diagnosi, assistenza o terapia sanitaria (art. 9.2 lettera h)	Acquisizione ed elaborazione di dati, immagini e video durante le prestazioni sanitarie
Per quanto occorrere possa, per l'utilizzo di immagini e video anonimizzati per finalità dimostrativo/comparative, didattiche, pubblicazione su carta, supporto elettronico e web.	Consenso dell'interessato	Condivisione materiale didattico e comparativo in formato cartaceo, elettronico e online in forma anonimizzata pertanto tecnicamente fuori dal campo applicativo del GDPR
Utilizzo di firma elettronica semplice su consensi privacy ed altra documentazione amministrativa.	legittimo interesse del titolare (art. 6.1 lettera f), strettamente connesso ad un generale processo di dematerializzazione dei documenti. Se non si desidera usare il servizio FES, è possibile firmare i documenti in formato cartaceo.	La firma viene apposta dal paziente su un dispositivo (tablet o pad) che ne registra solo l'immagine statica, senza dati biometrici dinamici. Per questo, si qualifica come FES. Effettuata conservazione a norma da soggetto terzo (Namirial)
Fatturazione della prestazione, prenotazione visite e appuntamenti.	Per dati comuni: per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare (art. 6.1 lettera c), ed esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6.1 lettera b). Per dati particolari: ai fini della gestione dei sistemi e servizi sanitari (art. 9.2 lettera h)	Gestione amministrativa, emissione fatture, prenotazione visite e appuntamenti
Gestione amministrativa di rimborso spese verso enti istituzionali od assicurazioni	Per dati comuni: esecuzione di un contratto (art. 6.1 lettera b). Per dati particolari:	Gestione rimborsi e rapporti con enti ed assicurazioni private operanti quali autonomi

private indicate dall'interessato.	gestione sistemi e servizi sanitari (art. 9.2 lettera h).	Titolari del trattamento o resp. esterni.
Invio di informazioni commerciali su prodotti o servizi (solo con consenso positivo).	Consenso dell'interessato	Comunicazioni e offerte commerciali mirate.
Difesa di un diritto in sede di contenzioso	Per dati comuni: legittimo interesse del titolare: (art. 6.1 lettera f). Per dati particolari: al fine di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitino le loro funzioni giurisdizionali (art. 9.2 lettera f)	Tutela legale, gestione contenziosi.
Gestione richiesta di consegna della copia della cartella clinica	Consenso dell'interessato (per richieste di terzi). In caso di richiesta dell'interessato: esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6.1 lettera b)	Fornitura copia documentazione clinica su richiesta.
Condivisione del referto o altra documentazione clinica tramite modalità digitali (sito Web, posta elettronica anche certificata, supporto elettronico)	Consenso dell'interessato	Condivisione di documenti con modalità GDPR compliant.
Alimentazione FSE per obbligo di legge (FSE 2.0)	Finalità di Cura e Prevenzione	Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali relativi al FSE, si invita a consultare l'informativa predisposta dalla Regione Lombardia, disponibile presso la reception nell'ultima versione aggiornata, con particolare attenzione alle sezioni 4 e 5.
Invio di telefonate, messaggi o e-mail per comunicazioni relative a variazioni appuntamento o promemoria. (anche tramite WhatsApp)	Consenso dell'interessato	Invio di messaggi e promemoria con dettagli sugli appuntamenti con modalità GDPR compliant.
Condivisione di informazioni e documentazione sanitaria per obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa comunitaria (igiene, sanità, adempimenti fiscali, verifiche amministrative, ispezioni, investigazioni, accertamenti fiscali).	Per dati particolari: necessario per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria (art. 9.2 lettera f). Per dati comuni: legittimo interesse del titolare o di terzi (art. 6.1 lettera f), salvo prevalenza di diritti/interessi fondamentali dell'interessato (in particolare se minore).	Condivisione obbligatoria con autorità competenti, rispetto delle normative e controlli.

I dati non saranno oggetto di diffusione ma potranno essere comunicati a:

- ATS competenti e alla regione, per esigenze gestionali, amministrative, contabili, di rimborso delle prestazioni offerte o di altri adempimenti previsti espressamente da leggi e/o regolamenti in vigore;
- le informazioni saranno condivise da tutto il personale che fornirà nel tempo e a vario titolo assistenza sanitaria allo stesso (ad es., erogazione della prestazione, richiesta di consulenza etc...). Allo stesso titolo potranno avere accesso a tali informazioni il personale amministrativo per programmare e gestire nel migliore dei modi l'organizzazione dello studio;
- enti pubblici previdenziali ed assicurativi, casse di previdenza private;
- altri laboratori per esami, unicamente al fine di svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, quali farmaceutiche o specialistiche;
- compagnia assicurativa della società od ai legali della stessa per la tutela dei suoi operatori per le ipotesi di responsabilità;
- professionisti e/o società di servizi ai fini marketing (in caso di espressione di consenso positivo);
- professionisti per la gestione amministrativa e contabile;
- professionisti per l'amministrazione/gestione dei pazienti;
- soggetti che svolgono attività di elaborazione, registrazione ed archiviazione dati;
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;

La manutenzione e l'aggiornamento del sistema informatico sono affidati ad una società esterna.

Le informazioni relative al suo stato di salute saranno comunicate a Lei personalmente tramite un medico della nostra struttura. Il referto Le verrà consegnato personalmente. Il ritiro del referto in busta chiusa potrà avvenire anche da parte di un suo familiare o conoscente, purché da lei espressamente autorizzato. Se l'interessato è un minorenne il ritiro della documentazione dovrà avvenire solo da chi esercita la patria potestà o salvo casi eccezionali dal suo medico di base. Se l'interessato è un soggetto sottoposto ad Amministrazione di sostegno il ritiro della documentazione dovrà avvenire solo dall'Amministratore di sostegno nominato.

Il referto potrà esserle inviato, se da Lei espressamente indicato, tramite le poste italiane all'indirizzo da Lei comunicato.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo inoltre che il titolare del trattamento le fornisce le seguenti ulteriori informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente:

- a) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- b) la possibilità di ottenere il diritto all'oblio mediante la cancellazione, per quanto possibile, dei dati trattati senza ingiustificato ritardo ai sensi dell'art. 17 (Considerando 65 e 66) del Regolamento 679/2016;
- c) la possibilità di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, di seguito link per modulistica:
<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924>
- d) l'obbligo di comunicazione da parte del titolare a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali delle eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunicherà all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda;
- e) il diritto a non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona.

f) il diritto alla comunicazione di un'eventuale violazione dei suoi dati personali, il tutto senza ingiustificato ritardo e qualora la violazione sia suscettibile di presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà dell'interessato.

g) il diritto di revocare il proprio consenso prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Il consenso potrà essere revocato inviando una mail all'indirizzo privacy@formecentromedico.it chiedendone la revoca.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, l'interessato attesta di aver letto e ben compreso il contenuto dell'informativa a disposizione presso la reception ed altresì reperibile sul sito internet di "For me S.r.l." prestando il proprio consenso come segue:

il sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

per proprio conto ovvero quale esercente la potestà genitoriale sul minore indicato (obbligatorio rilascio documenti di identità dei soggetti esercenti la potestà genitoriale in via congiunta o disgiunta) ovvero nella funzione di amministratore di sostegno (obbligatorio presentare decreto di nomina),

- **Nominativo soggetti esercenti la responsabilità genitoriale/Amministratore** _____

- **Nominativo del minore/soggetto sottoposto ad Amministrazione di sostegno** _____

AUTORIZZA

a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore,

l'utilizzo delle foto o video eventualmente ripresi per finalità di cura **durante l'erogazione dei trattamenti interessati a tale pratica** che ritraggono sé medesimo od il figlio,

per finalità, dimostrativo/comparative o didattiche anche attraverso la loro pubblicazione su carta, supporto elettronico e pubblicazione sul web, nonché autorizza la conservazione delle foto e degli audio/video stessi negli archivi informatici della Clinica **"For me S.r.l." per un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati, non andando in ogni caso oltre le tempistiche riportate nel "Massimario di scarto" della Regione Lombardia già citato.** La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare all'indirizzo di posta elettronica riportato nell'informativa.

La presente autorizzazione non consente l'uso delle fotografie e dei video in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del paziente e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Ove possibile e sempre nel rispetto delle finalità indicate nella presente autorizzazione, sarà cura dei soggetti incaricati acquisire immagini adeguatamente anonimizzate anche attraverso inquadrature ristrette o altre tecniche a tale scopo occorrenti.

Il sottoscritto, sia in proprio che nella qualità come sopra indicata, conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso.

Il conferimento del consenso è facoltativo. Il mancato consenso non permetterà l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.

Facoltativo ☐ Autorizzo l'utilizzo per finalità, dimostrativo/comparative o didattiche ☐ Non autorizzo firma _____

Potrà ricevere telefonate o messaggi (anche tramite WhatsApp) al numero di cellulare da Lei comunicato, da parte dei soggetti autorizzati, relativi a variazioni dell'appuntamento o comunicazioni sulla prestazione anche a titolo di promemoria per gli appuntamenti.

Utile per un corretto servizio al paziente ☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso

Il DPCM dell'8 agosto 2013 ha previsto che l'interessato debba esprimere il proprio consenso esplicito, libero, specifico e informato alla refertazione online. Il mancato consenso non preclude in alcun modo la possibilità di accedere alla prestazione medica richiesta.

Utile per un corretto servizio al paziente ☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al fine di fornirle informazioni commerciali sui nostri prodotti e servizi? (marketing)

Facoltativo ☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso E-mail _____

Il sottoscritto/a inoltre acconsente che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc...) possa essere affidata all'occorrenza:

☐ solo al sottoscritto ☐ a chiunque ne faccia richiesta ☐ a tutti i parenti di primo grado ☐ al coniuge

☐ alle seguenti persone _____

Data ____/____/____ firma _____

