

INFORMATIVA PRIVACY MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO DI REFERTAZIONE ON LINE E INVIO REFERTI TRAMITE POSTA ELETTRONICA

in conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e dal Provvedimento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali del 19 dicembre 2009 rubricato "Linee guida in tema di referti on-line", La informiamo che i Suoi dati personali da Lei forniti formeranno oggetto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Centro Medico by Salus S.r.l., del trattamento di cui all'art. 4 del Regolamento UE 2016/679. In particolare La informiamo di quanto segue:

Dati relativi al Titolare del trattamento ed al Responsabile della protezione dei dati

Titolare dei trattamenti è Centro Medico by Salus S.r.l., Via in via Guglielmo Marconi, 133 - 33053 Latisana (UD) indirizzo email info@bysalus.com
Centro Medico by Salus S.r.l. ha nominato un Responsabile della Protezione dei dati (RPD/DPO) contattabile all'indirizzo mail dpo@bysalus.com.

Finalità del trattamento e base giuridica

Il Centro Medico by Salus S.r.l. tratterà i Suoi dati personali, anche particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679), al fine di consentirLe, previo Suo espresso consenso, di usufruire del servizio di refertazione on line e di trasmissione dei referti via mail. Tale servizio ha la finalità di rendere più rapidamente conoscibile all'interessato il risultato dell'esame clinico effettuato presso il Centro Medico by Salus S.r.l. Il conferimento dei dati resta facoltativo e non pregiudica la possibilità di ottenere copia cartacea del referto presso la nostra sede. Dal servizio sono escluse le eventuali refertazioni riguardanti test genetici e/o test HIV.

La base giuridica che legittima il trattamento è il consenso, che può essere revocato in qualsiasi momento lasciando impregiudicati i trattamenti precedentemente compiuti rispetto alla revoca.

Modalità del trattamento

I dati sono trattati con strumenti elettronici esclusivamente da personale interno appositamente formato e debitamente autorizzato al trattamento, ovvero da soggetti esterni cui vengano affidati compiti di natura tecnica od organizzativa (es. manutenzione portale), in qualità di responsabili esterni del trattamento. I Suoi dati personali sono protetti con adeguate misure di sicurezza, come previsto dalla normativa vigente e dal sopraccitato provvedimento del Garante.

Per l'invio del referto via mail il titolare Le fornirà la password necessaria a decifrare il file pdf contenente il referto che sarà inviato all'indirizzo email da Lei indicato. Per usufruire del servizio refertazione on line Le verranno fornite le credenziali per accedere al portale, al fine di vedere e scaricare i Suoi referti.

Destinatari e categorie di destinatari

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi. I dati potranno essere comunicati ai medici accreditati presso la società a cui l'interessato potrà rivolgersi per avere ulteriori indicazioni sul significato diagnostico degli esami effettuati. I dati saranno trattati per conto del titolare da parte di responsabili del trattamento individuati e responsabilizzati.

Trasferimento dei dati personali in un Paese Terzo

I Suoi dati non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

Periodo di Conservazione

I Suoi Dati saranno conservati in modo completo per il tempo necessario a perseguire le finalità di cui alle finalità sopra indicate.

Il Centro Medico by Salus S.r.l. potrà prevedere un ulteriore periodo di conservazione dei Dati a tempo indeterminato per far valere o difendere i propri diritti in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie.

Diritti degli interessati

La vigente normativa riconosce all'Interessato numerosi diritti che La invitiamo a considerare attentamente. Tra questi, Le ricordiamo i diritti di: ottenere la conferma dell'esistenza dei Suoi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, o la rettificazione; Lei, inoltre, ha il diritto di chiedere la cancellazione dei dati trattati in violazione di legge o in caso di revoca del consenso e la limitazione del trattamento in caso di contestazione, nonché di

opporsi al trattamento. Ha, infine, diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che La riguardano.

Ricordiamo inoltre che lei ha sempre diritto di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Per esercitare i diritti suesposti può rivolgersi al Titolare del Trattamento, scrivendo all'indirizzo indicato nella sezione **"Dati relativi al Titolare"**.

Consenso al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line

(art. 6 del Regolamento UE 2016/679 e Provvedimento del Garante 19 dicembre 2009 su "Linee guida in tema di referti on-line")

La Sig.a / Il Sig. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

cellulare _____ e-mail _____ @ _____

per sé medesimo

oppure

esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno...) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on line e via e-mail e di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di refertazione on line e di invio via mail dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di refertazione on line e di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dell'interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocare in ogni momento l'adesione al predetto servizio o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Latisana ___/___/_____

Firma del dichiarante _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DI COLUI CHE ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Tipo: Carta d'Identità Passaporto Altro, specificare _____

N° _____ rilasciato da _____ il _____