






Gentile Utente e/o accompagnatore/trice La informiamo che:

	<p>Sono co-TITOLARI DEL TRATTAMENTO le seguenti Strutture sanitarie: la controllante POLICLINICO CITTÀ DI UDINE S.P.A. CASA DI CURA PRIVATA Viale Venezia n.410 33100 Udine mail gdpr@policlinicoudine.it le controllate OLOMED S.R.L. Via T. Drusin 25 - 33044 Manzano (UD) e-mail olomed@policlinicoudine.it CENTRO MEDICO ESPERIA S.R.L. Via dei Serviti,10 33080 Porcia (PN) email segreteria@centromedicoesperia.it MY MED S.R.L. viale Venezia n. 418, 33100 Udine mail fagagna@mymedsrl.it 3D DIAGNOSTIC IMAGES S.R.L. via Tavagnacco, 131 Udine mail info@3diagnostic.it MEDICINA E SALUTE S.R.L. sede in Via San Giuseppe, 38H 31015 Conegliano (TV) email info@medicinaesalute.info. Il ruolo di RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO) è svolto dall'avv. Claudia Ogriseq con studio in Via Carducci 44 33100 UD mail dpo@ogriseq.legal</p> <p>Nell'Accordo che definisce OBBLIGHI E RESPONSABILITÀ DEI CO-TITOLARI, visionabile in ciascuna struttura, si precisa che ciascuna controllata co-TITOLARE accoglie il paziente/utente lo informa sul trattamento dei dati personali per finalità di cura e/o gestione contabile/IT/amministrativa, adempimento di obblighi legali, marketing diretto, tutela di interessi legittimi a difesa dei diritti propri o di terzi in base alla disciplina nazionale e dell'Unione o al consenso espresso e la controllante co-TITOLARE tratta il dato personale per potenziare - all'interno del gruppo - le finalità di cura, migliorare i servizi offerti, assicurare una corretta gestione contabile/IT/amministrativa, garantire l'adempimento di obblighi legali, tutelare interessi legittimi di difesa e sviluppare comuni attività promozionali in base alla disciplina nazionale e dell'Unione o al consenso espresso.</p>
	<p>I DATI PERSONALI "COMUNI" (es. generalità, codice fiscale, recapiti, dati bancari etc.) sono trattati da ciascuna struttura ai fini di verifica dell'accesso alla struttura, registrazione paziente, prenotazione, refertazione di esami clinici o visite specialistiche in base al contratto, all'adempimento di obblighi legali/fiscali anche attinenti a misure di contenimento di eventuali pandemie, al legittimo interesse del Titolare a tutelare i propri diritti o all'espresso consenso.</p>
	<p>I DATI PERSONALI "PARTICOLARI" (es. informazioni sanitarie/biologiche o genetiche etc.) sono trattati da ciascuna struttura a fini di diagnosi, assistenza, cura o terapia sanitaria o sociale, gestione di sistemi e servizi sanitari o sociali, ricerca medica o biomedica, indagini epidemiologiche, nonché ai fini di verifica dell'accesso alla struttura in qualità di accompagnatore, in base a normativa dell'Unione e italiana o all'espresso consenso</p>
	<p>I DATI PERSONALI saranno trattati, con/senza l'ausilio di strumenti informatici, da personale interno/esterno formato e obbligato mantenere la massima riservatezza, personale sanitario (e solo se necessario da enti pubblici/autorità amministrative regionali, enti locali, enti previdenziali e/o assistenziali, assicurazioni, laboratori di analisi, organi costituzionali o di rilevanza costituzionale, autorità e uffici giudiziari). Si precisa che i referti di esami in regime SSR con impegnativa, salvo eccezioni, alimentano il FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE). In ogni caso i DATI PERSONALI resteranno protetti - con adeguate misure di sicurezza - e saranno conservati all'interno dell'Unione Europea per il periodo necessario all'espletamento di tutte le attività connesse ai servizi offerti, ai sensi di legge e della disciplina sanitaria ovvero per un diverso periodo legato ad esigenze difensive e giudiziarie. I referti medici devono essere conservati illimitatamente dalla struttura sanitaria che li ha emessi. Tuttavia, i referti on-line restano disponibili sulla piattaforma web per la consultazione per un periodo limitato di 45 giorni. dopo di che non sono più accessibili tramite il servizio online</p>
	<p>Ciascun INTERESSATO/A comunicando a mezzo mail/raccomandata con ciascun-TITOLARE DEL TRATTAMENTO ha facoltà di esercitare i diritti indicati agli artt.15-22 Reg. UE n. 2016/679 quali ad esempio • l'accesso al proprio fascicolo personale; • l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica, la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati personali; • la limitazione o interruzione del trattamento dei dati personali; il ricevimento in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, dei dati personali o la trasmissione degli stessi ad altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità); • l'attestazione che quanto richiesto sia stato portato a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati; • l'accesso alle informazioni disponibili sull'origine dei dati se raccolti presso altri soggetti. Ciascun INTERESSATO/A può sempre revocare il consenso prestato, richiedere l'oscuramento dei dati sul FSE ovvero l'anonimato e presentare reclamo all'AUTORITÀ GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI nelle forme e nei modi previsti dalla legislazione vigente.</p>

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

“DOSSIER DIAGNOSI E CURA”, “REFERTI ON LINE”, “COMUNICA”, “RICORDAMI”
(artt.77-80 d.lgs. 196/2003 dPCM 8/08/2013 Provvedimento Garante 19/12/2009 “Linee guida in tema di referti on-line”)



Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge (artt.76 e 73 d.P.R. n.445/2000) sotto la propria responsabilità il/la sottoscritto/a dichiara

per sé
nome e cognome.....
nato/a ailCF.....
residente a indirizzo
cellulare e-mail

esercitando la rappresentanza legale in qualità di
 tutore amministratore di sostegno
 unico esercente la responsabilità genitoriale unico genitore presente per impossibilità dell'altro
 minorenni esercitante potestà genitoriale altro
del/la paziente nome e cognome
nato/a ailCF.....
residente a indirizzo

PRESO ATTO dell'informativa sul trattamento dei dati personali

➔ **acconsento** alla costituzione del “**DOSSIER SANITARIO DIAGNOSI E CURA**” nelle strutture **CO-TITOLARI** appartenenti al **GRUPPO POLICLINICO CITTÀ DI UDINE** per una condivisione di **DATI SANITARI** (referti, diagnostica di immagini, accertamenti etc.) anche tra professionisti sanitari con finalità di miglior valutazione della situazione clinica e di efficacia delle finalità di cura e prevenzione
[servizio per Policlinico città di Udine S.p.a.; Centro Medico Esperia S.r.l. Olomed S.r.l. My Med s.r.l. 3D Diagnostic Images s.r.l. Medicina e Salute S.r.l.]

SI (anche con dati pregressi) SI (solo a far data da ora) NO

➔ **acconsento** all'attivazione del servizio “**REFERTI ON-LINE**” per la *consultazione in remoto tramite portale dedicato* di risultati delle analisi contenenti **DATI SANITARI**
[servizio per Policlinico città di Udine S.p.a.; Centro Medico Esperia S.r.l. Olomed S.r.l. My Med s.r.l. 3D Diagnostic Images s.r.l. Medicina e Salute S.r.l.]

SI (indicare recapito) NO

➔ **acconsento** all'attivazione del servizio “**COMUNICA**” per la *trasmissione via email* di referti medici contenenti **DATI SANITARI** a Medico di Medicina Generale Pediatra altro

[servizio per Policlinico città di Udine S.p.a.; Centro Medico Esperia S.r.l. Olomed S.r.l. My Med s.r.l. 3D Diagnostic Images s.r.l. Medicina e Salute S.r.l.]

SI (indicare recapito) NO

➔ **acconsento** all'attivazione del servizio “**RICORDAMI**” per ricevere memo degli appuntamenti
[servizio per Policlinico città di Udine S.p.a.; Centro Medico Esperia S.r.l. Olomed S.r.l. My Med s.r.l. 3D Diagnostic Images s.r.l. Medicina e Salute S.r.l.]

SI (indicare recapito) NO

Il presente **consenso** ha validità permanente e verrà ritenuto valido per la fruizione dei servizi in relazione ad ogni singolo esame, salvo diversa espressa richiesta. Resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocare in ogni momento l'adesione ai servizi, circoscrivere l'operatività a determinati accertamenti, richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali contattando **POLICLINICO CITTÀ DI UDINE S.P.A.** con sede in Viale Venezia 410, Udine mail di contatto **gdpr@policlinicoudine.it**.

Luogo data

Firma del dichiarante