

Studio Medico e/o Odontoiatra

Dott./Dr.ssa _____

sede _____ via _____

telefono _____ mail _____

Informativa trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 GDPR)

Gentili Signori / Signore, (paziente) _____ nato a _____ il
_____ residente in _____ codice fiscale _____

ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, vi informo che i dati personali da voi forniti ed acquisiti dallo Studio Medico/ Odontoiatrico sopra individuato saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti e che:

- Finalità del trattamento** – Il trattamento è finalizzato unicamente al corretto svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.
- Modalità del trattamento dei dati personali** – Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l’ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione di tali dati. Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati dal titolare.
- Conferimento dei dati e rifiuto** – Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, genetici, relativi alla salute è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Il rifiuto dell’interessato di conferire i dati personali comporta l’impossibilità di adempiere all’attività.
- Comunicazione dei dati** – I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento. I dati sensibili, genetici e quelli relativi alla salute saranno conosciuti solo ed esclusivamente da parte di personale sanitario della struttura. Si potranno fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa e specifica indicazione.
- Conservazione dei dati** – I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario all’attività Medica / Odontoiatrica e, in ogni caso, non superiore a dieci anni.

Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l’uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello Studio Medico / Odontoiatrico, nel rispetto del segreto professionale.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività medica / odontoiatrica espletata dallo scrivente Studio Medico / Odontoiatrico.

Titolare del trattamento – Il titolare del trattamento è il Dott./Dr.ssa _____ codice fiscale: _____, con studio Medico / Odontoiatrico in _____.

Diritti dell'interessato – L'interessato ha diritto:

- 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;

- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti;

- di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

- di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC all'indirizzo _____ o tramite lettera raccomandata a/r all'indirizzo _____.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo _____,

data _____.

Firma del paziente _____