



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Informazioni integrative sul trattamento dei dati personali - comunicazione di dati relativi allo stato di salute a soggetti individuati

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016)

Premesso che la ASL TO5 ha reso disponibile una informativa generale sul trattamento dei dati personali conformemente all'art. 79 del D.Lgs 196/2003 novellato dal D.Lgs 101/2018 disponibile presso i locali aziendali e sul sito istituzionale nella sezione "Privacy", ove sono disponibili ulteriori informative integrative per quei trattamenti che hanno diverse basi di liceità o altre caratteristiche.

La presente informativa illustra i trattamenti opzionali collegati ad episodi di ricovero la cui liceità è basata sul consenso dell'interessato.

a) Titolare del trattamento:

Il Titolare è:

- ASL TO5 - Piazza Silvio Pellico n. 1 - 10023 CHIERI (TO) - P.I. 06827170017;
- Telefono 011.942.91;
- PEC: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it;
- Mail: urp@aslto5.piemonte.it;

b) Responsabile della protezione dei dati:

I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati, sono:

- telefono: 010/65451 (centralino di Liguria Digitale S.p.A.)
- mail: rpd@aslto5.piemonte.it

Il Responsabile della protezione dei dati personali è domiciliato per la carica presso ASL TO5.

c) Finalità e liceità del trattamento

Il Titolare tratta i suoi dati per le seguenti finalità:

- Comunicazione relativa allo stato di salute ai soggetti individuati dal paziente o da un tutore, curatore legale, amministratore di sostegno o soggetto che detiene la responsabilità genitoriale;
- Comunicazione della degenza da parte della Portineria di presidio ospedaliero in cui il paziente è ricoverato a chi ne fa richiesta.

Le liceità dei trattamenti si riscontrano nell'espressione del consenso al trattamento dei dati personali (art. 6 par. 1 *lett.a*) del GDPR e art.9 par. 2 *lett.a*) del GDPR).

d) Tipi di dati trattati:

I dati trattati al fine di perseguire le su esposte finalità sono:

- Dati anagrafici e di contatto;
- Dati relativi allo stato di salute.

e) Origine dei dati e conferimento

I dati personali sono forniti all'ASL TO5 da lei direttamente. Il conferimento dei suoi dati è collegato al percorso di cura in corso e il mancato consenso impedirà che i dati vengano comunicati a soggetti da lei individuati.

f) Destinatarî dei dati

I suoi dati potranno essere comunicati ai seguenti soggetti, elencati in modo non esaustivo, bensì esemplificativo:

- Soggetti individuati dal paziente;
- Gli autorizzati di ASL TO5;
- Responsabili del trattamento ai sensi dell'art.28 del GDPR incaricati dalla ASL.

g) Ulteriori informazioni fornite agli interessati

a) I dati personali e i dati particolari da lei forniti e/o prodotti dall'ASL TO5 e/o comunque raccolti sono conservati per il tempo previsto dalla vigente normativa: si richiama al riguardo il massimario di selezione e scarto, allegato alla deliberazione di approvazione del Manuale di Gestione documentale, inserito nel sito web aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali - Atti generali;

b) L'interessato può esercitare il proprio diritto di richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica degli stessi, la revoca del consenso prestato, la cancellazione, la portabilità dei dati o la limitazione dei trattamenti che lo riguardano, rivolgendosi al Titolare agli indirizzi sopra riportati;

d) L'interessato può proporre reclamo ad un'Autorità di Controllo. Per l'Italia si può rivolgere all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento);

f) L'interessato non è soggetto ad un processo di decisione automatizzato o a logiche di profilazione.

MODULO CONSENSO COMUNICAZIONE DI DATI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE A SOGGETTI INDIVIDUATI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

o

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

Del paziente _____

nato/a a _____ il _____

PRESTO IL CONSENSO per la comunicazione relativa al mio stato di salute o dello stato di salute del paziente sopra indicato alle persone di seguito individuate

1) _____ Tel _____

2) _____ Tel _____

NON PRESTO IL CONSENSO per la comunicazione relativa al mio stato di salute o dello stato di salute del paziente sopra indicato

Non autorizzo la portineria del Presidio Ospedaliero dove sono ricoverato a comunicare a chi ne fa richiesta la mia degenza in una Vs Struttura/ la degenza del Paziente sopra indicato

Autorizzo la portineria del Presidio Ospedaliero dove sono ricoverato a comunicare a chi ne fa richiesta la mia degenza in una Vs Struttura/ la degenza del Paziente sopra indicato

Data _____

FIRMA _____