

Intestazione:

Studio Medico/Odontoiatrico

Dott. _____

Sede _____

Telefono _____

Mail _____

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt. 13 e 14 GDPR)

Gentile sig. _____ (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, La informo che i dati personali da Lei forniti ed acquisiti dallo Studio Medico/Odontoiatrico _____ 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 tali 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 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, il commercialista, ...) e le strutture che possono conoscerli a séguito dell'attività sanitaria espletata dallo scrivente Studio medico/odontoiatrico.
- **Titolare del trattamento** –

Il titolare del trattamento è il dott. _____

(Codice fiscale: _____), PEC _____

- **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 e data _____

Firma del paziente (per esteso e leggibile)
