

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	<p align="center">MODULO</p> <p>Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente.</p> <p align="center">CONFERMA DEL CONSENSO ALL'USO DELLA FIRMA ELETTRONICA AVANZATA (FEA)</p>	<p>Cod: MOD13IOG05PG37</p> <p>Data: 25 /11/2022</p> <p>Rev. 0</p>
---	---	---

Termini e condizioni relative all'uso del servizio di Firma Elettronica Avanzata. (ai sensi dell'art. 57, c.1, lettera a) del DPCM 22.02.2013 e dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679):

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi (di seguito ASST), con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese, che potrà essere contattato scrivendo a: urp@asst-settelaghi.it. Il Responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato scrivendo a: dpo@asst-settelaghi.it.

L'ASST si è impegnata in un percorso di dematerializzazione che prevede la sostituzione completa di tutti i documenti amministrativi e clinici che vengono prodotti, nell'ambito delle attività sanitarie istituzionali, in formato cartaceo con documenti nativamente digitali. In linea con questo obiettivo, **si offre a tutti i pazienti** (di seguito FIRMATARI) **la possibilità di sottoscrivere elettronicamente documenti informatici**. Nel caso di documenti informatici generati durante i percorsi assistenziali svolti all'interno della struttura sanitaria sarà l'operatore in accettazione ad erogare la firma elettronica avanzata, in questo caso potrà essere apposta una Firma Elettronica Avanzata Grafometrica (di seguito FEA GFM).

La FEA consente di acquisire le sottoscrizioni dei FIRMATARI in conformità alla normativa vigente in materia di sottoscrizioni elettroniche e in particolare al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 febbraio 2013 recante "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli ...omissis..." (di seguito DPCM) con particolare riguardo alle regole tecniche stabilite nel Titolo V del DPCM.

Il servizio proposto garantisce il rispetto dei requisiti di legge ed in particolare, l'identificazione del FIRMATARIO, la connessione univoca della firma al FIRMATARIO, nonché della firma al documento sottoscritto ed il controllo esclusivo del sistema di generazione della firma in capo al FIRMATARIO medesimo. Le caratteristiche tecniche della soluzione, inoltre, garantiscono l'integrità del documento in termini di immutabilità ed inalterabilità del suo contenuto in conformità all'art. 56 del DPCM.

L'ASST, in conformità alla disposizione di cui all'articolo 57, comma 2, ha stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile da danno a terzi nella fornitura del servizio di FEA ivi descritto. In ottemperanza dell'art. 57 c. 1 lett. a) del DPCM la presente informativa illustra e descrive al FIRMATARIO gli esatti termini e condizioni relative all'utilizzo del servizio di FEA comprese le limitazioni d'uso di quest'ultima.

Il processo di adesione alla FEA e relativa revoca. Per poter utilizzare la FEA, il FIRMATARIO deve accettare le condizioni del servizio di **FEA esprimendo liberamente il proprio consenso orale ad un Operatore di Registrazione del centro**, il quale redige e sottoscrive con Firma Digitale una Dichiarazione di Accettazione delle condizioni del servizio di FEA (ai sensi dell'art. 57 c. 1 lett. a) del DPCM). La dichiarazione viene archiviata presso l'ASST. La procedura per l'adesione al servizio di FEA prevede che:

- il FIRMATARIO si presenti ad uno degli sportelli dell'accettazione adibiti, presso l'ASST dei Sette Laghi;
- un Operatore di Registrazione opportunamente formato e qualificato: identifichi de visu il FIRMATARIO, informi il FIRMATARIO in merito ai termini e condizioni relativi all'uso del servizio di FEA, compresa ogni eventuale limitazione d'uso;

e se il FIRMATARIO intenda procedere:

- registri i suoi dati personali (qualora i suoi dati non siano già stati registrati in precedenza),
- scansioni un suo documento d'identità valido,
- sottoscriva con firma digitale un documento dove registra che il FIRMATARIO ha dato il suo consenso orale all'uso del servizio di FEA.

In qualsiasi momento il FIRMATARIO può liberamente e gratuitamente richiedere all'ASST dei Sette Laghi la copia del modulo di adesione, scrivendo a: urp@asst-settelaghi.it. Si precisa inoltre che, in qualunque momento, può prendere visione della presente informativa e degli altri documenti privacy sul sito istituzionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, nella Sezione "Privacy".

In ottemperanza all'art. 57 c. 1 lett. h) del DPCM, il consenso espresso dal FIRMATARIO in forma orale può essere da lui revocato presentandosi ad uno degli sportelli adibiti dell'ASST ed esprimendo in forma orale la sua intenzione di revocare l'adesione al servizio di FEA di fronte ad un operatore autorizzato. La decorrenza della revoca avrà effetto dal momento della sottoscrizione della revoca da parte dell'operatore incaricato con propria firma digitale. La revoca, così come il consenso può riguardare la tipologia FEA GFM.

L'utilizzo della FEA da parte degli utenti del Servizio. La documentazione che illustra modalità di adesione, caratteristiche del sistema, tecnologie utilizzate, misure di sicurezza adottate, è reperibile sul sito web: <https://www.asst-settelaghi.it/>. Si sottolineano in particolare i seguenti aspetti **per le tipologie di FEA:**

- il Servizio è utilizzabile limitatamente ai rapporti giuridici intercorrenti tra l'ASST e il FIRMATARIO.
- i documenti informatici sottoscritti con FEA sono conservati conformemente alla specifica normativa vigente, con modalità idonee ad evitare la perdita, la distruzione anche accidentale dei dati in essi contenuti ovvero gli accessi non autorizzati;
- L'ASST, in conformità alla disposizione di cui all'articolo 57, comma 2, ha stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile da danno a terzi nella fornitura del servizio di FEA ivi descritto.

Tipologia di dati personali trattati. I dati personali del FIRMATARIO che verranno trattati per le finalità sotto indicate sono (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- dati anagrafici (es. nome, cognome, indirizzo)
- dati di contatto (es. telefono e mail),
- la copia del documento di identità
- dati biometrici trattati nell'ambito del Servizio di firma elettronica avanzata ("FEA"), caratterizzata da valori biometrici specifici e individuali che la rendono riconducibile, in modo univoco, al FIRMATARIO, quali:
 1. la pressione della penna sul display del tablet;
 2. i tratti in cui la penna viene sollevata (movimenti aerei);
 3. la velocità con cui si esegue la firma;
 4. l'accelerazione durante la fase di scrittura;
 5. l'inclinazione della penna.

Per la FEA GFM:

- la sottoscrizione del FIRMATARIO è apposta mediante uno specifico dispositivo che rileva, oltre al tratto grafico, alcune caratteristiche identificative, i Dati Personali Biometrici di cui sopra che rendono la sottoscrizione distintiva del FIRMATARIO;
- la firma, acquisita con le suddette modalità, viene riportata, in tempo reale, nel documento informatico nella sezione riservata all'apposizione della firma;
- il trattamento dei Dati Biometrici non è obbligatorio e l'utilizzo della FEA GFM è assolutamente facoltativo. Pertanto, se il FIRMATARIO non intende rilasciare il consenso, gli operatori sanitari gli forniranno i documenti cartacei necessari per il perseguimento della cura, che potrà firmare in modalità autografa (ai sensi delle Linee guida in materia di riconoscimento biometrico e firma grafometrica (All. A al Provvedimento n. 513 del 12 novembre 2014 del Garante per la protezione dei dati personali).

Finalità e base giuridica del trattamento. I dati personali del FIRMATARIO (ivi inclusi i dati biometrici) saranno trattati esclusivamente per le finalità attinenti agli usi connessi all'attivazione e all'utilizzo del Servizio di FEA. Per il trattamento dei dati personali biometrici necessari a fornire il servizio di firma elettronica avanzata grafometrica, il Titolare richiede uno specifico consenso, ai sensi dell'art. 9.2 lett. a).

Destinatari o categorie di destinatari dei dati. I dati di natura personale forniti saranno comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di Responsabile del trattamento (art. 28 del Reg. UE 679/2016) e/o in qualità di persone fisiche autorizzate che agiscono sotto l'autorità del Titolare e del Responsabile del trattamento (art. 29 del Reg. UE 679/2016), per le finalità sopra elencate.

Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO - Data Protection Officer). Ai sensi degli artt. 37 – 39 del Reg. UE 679/2016, l'ASST dei Sette Laghi ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contattabile all'indirizzo e-mail dpo@asst-settelaghi.it.

Diritti degli interessati. Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dal Regolamento UE 679/2016 artt. 15 e ss., rivolgendosi al Titolare scrivendo a: urp@asst-settelaghi.it o scrivendo all'RPD/DPO all'indirizzo dpo@asst-settelaghi.it.

Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione/oblio, la limitazione, l'opposizione al trattamento degli stessi. Inoltre, ha il diritto alla portabilità dei suoi dati. Ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza alcun pregiudizio circa la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano, violi quanto previsto dal Reg. UE 679/2016, ai sensi dell'art. 15 lettera f) del succitato Reg. UE 679/2016, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (Autorità di controllo www.garanteprivacy.it).

ESPRESSIONE DELLA CONFERMA AL CONSENSO

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome): Sesso: Data di nascita:

Codice fiscale: Carta ID, **in qualità di Interessato;**

Oppure in qualità di:

- Titolare della responsabilità genitoriale Tutore Curatore Amministratore di sostegno
 Altro(specificare).....

del/la paziente (Nome e Cognome), codice fiscalea cui si riferisce il presente documento,

CONFERMA

di aver letto e compreso l'informativa sopra riportata e di aver espresso oralmente il consenso all'utilizzo della FEA Grafometrica: **SI** **NO**

Data:

Nome e Cognome

(Firma Elettronica Avanzata Grafometrica)