 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<p><b>Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per i Consulenti</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSULTORIO</b></p>	<p>Cod: MOD05IOG05PG37</p> <p>Data: 15/10/2025</p> <p>Rev. 2</p>
---	---	--

Gentile utente,

ringraziandoLa per la fiducia accordataci nello scegliere la nostra struttura sanitaria, in rispetto di quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (di seguito Reg. UE 679/2016/679/UE) Le forniamo le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali forniti:

#### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Ai sensi degli artt. 4 e 24 del Reg. UE 679/2016, il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in viale Borri 57 - 21100 Varese, Tel. 0332.278.111, e-mail: [ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it), PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

#### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO - Data Protection Officer)**

Ai sensi degli artt. 37 – 39 del Reg. UE 679/2016, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contattabile all'indirizzo e-mail: [dpo@asst-settelaghi.it](mailto:dpo@asst-settelaghi.it).

#### **TIPOLOGIA DI DATI**

I dati raccolti dal Titolare concernono:

- a) Dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, luogo di nascita, cittadinanza, codice fiscale, sesso, indirizzo e dati di contatto in generale, numero di telefono/cellulare);
- b) Dati idonei a rivelare lo stato di salute di cui all'art.4, par.1 n.15 e all'art.9 del GDPR (ad es. numero di ricetta, quesiti diagnostici, prestazione sanitaria, struttura sanitaria erogatrice, esenzioni ticket);
- c) Dati relativi al soggetto proscrittore come, ad esempio, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medico specialista del SSN.

Le informazioni richieste sono necessarie per poter completare il percorso di erogazione delle prestazioni sanitarie. Quindi la mancata comunicazione di tali informazioni pregiudica l'erogazione del servizio.

#### **FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali è effettuato per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) Gestione della prenotazione, adempimenti fiscali, amministrativi e contabili connessi alle attività istituzionali in adempimento agli obblighi statali e regionali;
- b) Attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione a fini di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, di terzi o della collettività, esecuzione degli esami e/o delle visite mediche richieste, refertazione, consegna del referto;
- c) Supporto alla donna ed al nucleo familiare nel periodo di gravidanza e nella gestione della maternità;
- d) Attività di consulenza psicologica, ginecologica ed ostetrica;
- e) Attività di consulenza socio-assistenziale;
- f) Attività certificatorie di competenza.

#### **LICEITÀ DEL TRATTAMENTO**


Il trattamento di dati sopra descritto trova la propria base giuridica nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art.6, par.1, lett. e) ed art. 9, par.2, lett. h), i) e g) GDPR) e nell'adempimento ai connessi obblighi di legge (art.6, par.1, lett. c), GDPR).

#### **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**

I Suoi dati personali vengono trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, consultazione, adattamento o modifica, uso, comunicazione, estrazione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione.

I Suoi dati personali sono trattati con supporti cartacei o informatici, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei Suoi dati personali.

 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<p><b>Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente per i Consulenti</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSULTORIO</b></p>	<p>Cod: MOD05IOG05PG37</p> <p>Data: 15/10/2025</p> <p>Rev. 2</p>
---	---	--

## PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo prescritto dalle vigenti normative in materia di conservazione dei dati personali e comunque non oltre il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra. In qualsiasi momento, Lei potrà chiedere i tempi di conservazione dei Suoi dati, coerentemente con ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a: [ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it) - PEC [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

## NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità sopra individuate; pertanto, il loro mancato conferimento comporta da parte del Titolare l'impossibilità di erogare le prestazioni richieste.

## DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- a) Tutti gli Enti sanitari e sociosanitari, con i quali vengono condivisi i dati attraverso il sistema SISS, nel caso di sua preventiva adesione;
- b) Enti previdenziali;
- c) Forze di polizia, Autorità giudiziaria ed altre Istituzioni pubbliche, nei casi previsti dalla legge;
- d) Responsabile del trattamento ex art. 28 GDPR e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile;
- e) Altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.

L'elenco completo di tutti i Responsabili ex art. 28 GDPR, che potranno venire a conoscenza dei Suoi dati nell'espletamento delle proprie attività di collaborazione con il Titolare, può essere da Lei richiesto al Titolare, scrivendo a: PEC [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it) Si precisa che qualora decidesse, pur avendo già dato il consenso al trattamento dei propri dati sanitari tramite Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), di non rendere visibili i dati relativi alla prestazione richiesta avvalendosi della possibilità prevista dalla Piattaforma CRS – SISS di chiederne – in qualsiasi momento – l'oscuramento, Lei è tenuto a farne specifica richiesta agli operatori dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con cui Lei entra in contatto nel Suo percorso di cura.

## TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO

I dati raccolti ed elaborati non vengono trasferiti presso società o altre entità al di fuori dello Spazio economico europeo.

## DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Nella Sua qualità di Interessato al trattamento dei dati in esame, Le sono riconosciuti i **diritti** di cui al GDPR, ovvero di chiedere al Titolare: l'accesso ai dati personali, l'indicazione delle modalità, finalità e logiche del trattamento e la richiesta di limitazione, opposizione, la rettifica e la cancellazione, nei limiti e nelle modalità indicate dal GDPR. Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo all'Autorità competente di cui all'art.77 GDPR. Potrà esercitare i diritti sopra riportati scrivendo a: Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese, e-mail: [ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it), PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

**Si precisa 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".**

Il Titolare del trattamento  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi



**MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI**

Il sottoscritto/la sottoscritta (nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in qualità di:  **interessato/a maggiorenne**

oppure di:  **genitore (rappresentante la volontà di entrambi i genitori)**  **tutore**  **amministratore di sostegno**

Inserire i dati del minore o del maggiorenne incapace, interdetto o assistito:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di aver ricevuto in data odierna l'informativa per il trattamento dei dati personali, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati relativi alla salute della persona a cui viene erogata la prestazione richiesta;
- Di autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare i dati relativi allo stato di salute riguarderà anche i dati relativi allo stato di salute dell'Interessato/a a:**

**familiari**  **Sì**  **No** **medico di fiducia**  **Sì**  **No**

(indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_

**altri**  **Sì**  **No**

(indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In caso di minore di anni 18 ma maggiore di anni 14, l'Operatore, in qualità di \_\_\_\_\_ dichiara di aver accertato le capacità personali di agire, comprendere, valutare autonomamente e di prendere decisioni con riguardo alla specifica situazione oggetto della consultazione (cfr. art. 2 L. 194/78, art. 2 L. 176/91, art. 4 L. 285/97, artt. 2 e 8 L. 184/83, art. 1 L. 405/75).

L'Operatore  
\_\_\_\_\_