

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	MODULO Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente Progetto di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore alla mammella	Cod. MOD171OG05PG37 Data: 03/02/2025
--	--	---

Gentile Signora,

nel ringraziarLa per la fiducia accordataci scegliendo la nostra struttura sanitaria, ai sensi dell'art.13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito, anche "GDPR") e della normativa privacy interna vigente, con la presente Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Il Titolare del trattamento dei dati personali, da Lei conferiti e da noi acquisiti nello svolgimento dei servizi e prestazioni richiesti, è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi, con sede legale in Viale Borri, 57 - 21100 Varese, che potrà essere contattato ai seguenti recapiti: Ufficio Relazioni con il pubblico, tel. [0332-278.395](tel:0332-278.395), urp@asst-settelaghi.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato scrivendo a dpo@asst-settelaghi.it.
3. I dati personali che Le vengono richiesti e che verranno trattati – in particolare, i dati relativi alla Sua salute – sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie relativamente al **Progetto di sensibilizzazione (screening) alla prevenzione del tumore alla mammella** e sono utilizzati dal personale dell'ASST dei Sette Laghi, nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa privacy.
4. In particolare i dati trattati sono:
 - dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, numero di telefono, indirizzo e-mail, tessera sanitaria, codice fiscale);
 - dati particolari (dati relativi allo stato di salute).
5. Tutti i Suoi dati personali sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:
 - il trattamento è necessario per assolvere ad adempimenti previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria (art. 6, par.1, lett. c) Regolamento 679/2016/UE);
 - il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento (art. 6, par.1, lett. e), art. 9, par. 2, lett. g) Regolamento 679/2016/UE);
 - il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità (art. 9, par.2, lett. h) Regolamento 679/2016/UE);
 - il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (art. 9, par.2, lett. i) Regolamento 679/2016/UE).

Il trattamento dei Suoi dati personali avviene per le seguenti finalità:

 - tutela della salute e dell'incolumità fisica (ossia attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, terapia sanitaria o sociale, riabilitazione);
 - medicina preventiva;
 - tutela dell'incolumità fisica e della salute di terzi e della collettività;
 - motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.
6. I dati relativi allo stato di salute non sono oggetto di diffusione (non possono cioè essere resi noti ad un numero indeterminato di soggetti); possono invece essere comunicati, nei casi previsti da norme di legge o di regolamento, a soggetti pubblici e privati, enti ed istituzioni per il raggiungimento delle rispettive finalità. A titolo di esempio, si riportano alcuni soggetti cui l'ASST può comunicare dati personali:
 - soggetti pubblici (altre aziende sanitarie/enti sanitari) e privati (strutture sanitarie private, case di riposo), coinvolti nel Suo percorso diagnostico-terapeutico;
 - Enti previdenziali;
 - Forze dell'Ordine, Autorità giudiziaria ed altre Istituzioni pubbliche nei casi previsti dalla legge;
 - Responsabili del trattamento ex art. 28 Gdpr e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile;
 - Altri soggetti autorizzati dall'Interessata a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 – 21100 Varese – Tel. 0332.278.111 - <http://www.asst-settelaghi.it> P. Iva e C.F.03510050127
Tel. 0331.817.111 e-mail: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	MODULO Informativa pazienti ai sensi del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente Progetto di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore alla mammella	Cod. MOD171OG05PG37 Data: 03/02/2025
--	--	---

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: Ufficio Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.

7. 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, includendo la eventuale creazione di una Cartella Clinica Digitale dedicata e l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei Suoi dati personali.
8. 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 al punto 3. In qualsiasi momento, Lei potrà chiedere i tempi di conservazione dei Suoi dati, coerentemente con ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a: Ufficio Relazioni con il pubblico, urp@asst-settelaghi.it.
9. I dati raccolti ed elaborati non vengono trasferiti presso società o altre entità al di fuori dello Spazio economico europeo.
10. Nella Sua qualità di Interessata al trattamento dei dati in esame, Le sono riconosciuti i **diritti** di cui agli artt. 15 e ss. del 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. Infine, 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 - Ufficio Relazioni con il pubblico, protocollo@pec.asst-settelaghi.it.
11. 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 DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

La sottoscritta (*nome e cognome*) _____, nata il _____ a _____,
indirizzo _____

in qualità di interessata dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy di cui sopra.

Firma

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

La sottoscritta (*nome e cognome*) _____, nata il _____ a _____,
indirizzo _____

in qualità di interessata

DICHIARA

di autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare i dati relativi allo stato di salute dell'interessata a:

familiari Sì No

medico di fiducia Sì No

(*indicare nome e cognome*)

.....

Altri Sì No

(*indicare nome e cognome*)

.....

Data _____

Firma
