

**Riservato all'ufficio:**

N. PROTOCOLLO AZIENDALE PRATICA URP

Autorizzazione a fornire informazioni sanitarie e Consenso Privacy

Il sig./la sig.ra (nome e cognome)

residente a via n.

data di nascita Codice Fiscale tel.

Dati di contatto personali: cell. e-mailDocumento d'Identità (da allegare in copia): tipo: n.**AUTORIZZA il sig. / la sig.ra:**

nome e cognome

residente a via n.

**AD ACCEDERE AI PROPRI DATI PERSONALI E PARTICOLARI, COMPRESI QUELLI RELATIVI
AL PROPRIO STATO DI SALUTE****Inoltre, prende atto che:**

Questo documento costituisce il consenso a trattare i propri dati personali e particolari, ai sensi dell'art. 13 del GDPR n.679/2016 UE, ad a comunicarli alla persona sopra indicata nell'ambito della segnalazione fatta all'Ufficio Relazioni col Pubblico della ASST.

Tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati in questo caso all'ASST di Vimercate, ovvero altrimenti acquisiti dall'ASST durante la gestione di questa segnalazione, saranno trattati esclusivamente per le finalità di istruire e completare l'iter della pratica, oppure per obblighi istituzionali, amministrativi o di legge derivanti da questa attività e, comunque, nel pieno rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 UE e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. .

Il trattamento prevede lo svolgimento delle operazioni di raccolta, registrazione, conservazione, copia, modificazione e cancellazione dei dati personali mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alla finalità sopra espressa ed, eventualmente, con la collaborazione di soggetti terzi espressamente nominati dal Titolare del Trattamento, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il dati personali qui raccolti saranno conservati per un massimo di 10 anni e possono essere comunicati ad altri soggetti solo nel caso in cui questo sia obbligatorio per legge o regolamento.

L'Interessato, dopo aver prestato questo consenso, può esercitare in ogni momento il diritto di revoca, accesso, rettifica, cancellazione e limitazione di cui all'art. 7 e agli artt. da 15 a 22 del Regolamento n. 679/2016 UE e può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora ritenga che il trattamento effettuato violi o sia in contrasto con la normativa italiana e/o europea in materia.

Un'informativa completa sulle modalità di trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'ASST di Vimercate è esposta in questi uffici ed è reperibile e consultabile, assieme ad altre informazioni in materia, sul sito web dell'ASST all'indirizzo www.asst-vimercate.it, sezione "Privacy".

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate, con sede legale in via Santi Cosma e Damiano n. 10 – 20871 Vimercate, nella persona del Direttore Generale, contattabile a questo indirizzo oppure all'indirizzo e-mail ufficio.protocollo@asst-vimercate.it e tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.asst-vimercate.it e il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) è contattabile per posta ordinaria allo stesso recapito, oppure per mail agli indirizzi rdp@asst-vimercate.it e rdp@pec.asst-vimercate.it

DATA

FIRMA

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
05/09/2018	Autorizzazione_Informazioni Sanitarie_e_Consenso Privacy	05/09/2018	0	1 di 1