

Riservato all'ufficio:

N. PROTOCOLLO AZIENDALE _____ PRATICA URP _____

Autorizzazione a dare informazioni sanitarie e Consenso Privacy

La sig.ra/Il sig. (nome e cognome) _____

residente a _____ via _____ n. _____

data di nascita ___/___/_____ Codice Fiscale _____ tel. _____

Dati di contatto personali: cell. _____ email _____

Documento d'Identità (da allegare in copia): tipo: _____ n. _____

AUTORIZZA la sig.ra / il sig.:

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 Brianza 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-brianza.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-brianza.it e tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.asst-brianza.it e il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) è contattabile per posta ordinaria allo stesso recapito, oppure per mail agli indirizzi rpdp@asst-brianza.it e rpdp@pec.asst-brianza.it

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
05/05/2022	Autorizzazione_Informazioni Sanitarie_e_Consenso Privacy	05/05/2022	00	1 di 1