

PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI PER ESSERE IN REGOLA CON IL GENERAL DATA PROTECTION REGULATION 2016/679 (GDPR)

1. Esporre l'informativa in sala d'attesa;
2. Custodire in armadi chiusi a chiave tutti i dati personali, sensibili, sanitari;
3. Raccogliere il consenso dalle pazienti al trattamento dei dati;
4. Registrare il consenso sul gestionale o indicarlo nella cartella clinica;
5. Proteggere il computer ed il gestionale dello studio con password e nome utente per ogni soggetto che accede, nonché con adeguate misure di sicurezza software;
6. Nominare un Amministratore di sistema;
7. Effettuare il cambio *password* ed il *back up* dei dati regolarmente;
8. Utilizzare un *cloud* come sistema di archiviazione;
9. Non utilizzare i dati personali per finalità diverse da quelle indicate nell'informativa.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Ai sensi dell'art. 13 del General Data Protection Regulation 2016/679

I dati personali della persona assistita sono utilizzati da *(denominazione studio professionale o Ostetrica Libera Professionista)*, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679.

Al fine di poter trattare i dati personali della persona è necessario ottenere il consenso espresso della stessa documentato per iscritto avendo precedentemente illustrato oralmente adeguata informativa (Rif. Art 13 paragrafi 1 - 2 RGDPR)

S'intende per dato personale "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile e cioè interessato, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica. Psicica, economica, culturale o sociale" (rif. Art. 4 RGDPR)

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA ASSISTITA

Nome.....Cognome.....
.....CF.....nato
a..... il.....residente a
.....in Via.....n.
.....

MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DATI

- 1) I Suoi dati personali e di salute sono raccolti al solo fine di ottemperare a quanto richiesto dal mio ruolo e dalle mie funzioni di OSTETRICA.
- 2) La informiamo che i dati verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi:
 - a) Cartacei (moduli di registrazione, moduli d'ordine, ecc.)
 - b) Informatici (software gestionali, contabili, ecc.)
 - c) Telematici

con le seguenti finalità:

- erogazione dei servizi richiesti dalla persona assistita o disponibili su portali gestiti da (selezione del personale, newsletter, materiale informativo, materiale omaggio) nonché conclusione del contratto di cui è parte l'interessato
- fini amministrativi e contabili correlati ai contratti di servizio;

Alla fine del trattamento viene effettuata corretta archiviazione adottando idonee misure minime di sicurezza.

BASE GIURIDICA

3) Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

CATEGORIE DI DESTINATARI

4) Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati esclusivamente per le finalità sopra specificate alle seguenti categorie di interessati:

- Assistente di Studio;
- Aziende ospedaliere per necessità di cura;
- Collaboratori amministrativi;
- Consulenti informatici;
- Contabili ed amministrativi;
- Ministero delle Finanze;
- Enti pubblici quali INPS, INAIL;

Si possono fornire informazioni sul Suo stato di salute a familiari solo su Sua espressa indicazione.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

5) I dati obbligatori ai fini contrattuali e contabili, trattati dai consulenti contabili, amministrativi e informatici di cui sopra, sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del rapporto di consulenza.

Tali dati saranno immediatamente cancellati o trattati in forma anonima, ove la loro conservazione non risulti altrimenti giustificata, salvo che sia stato acquisito validamente il consenso informato degli interessati relativo ad una successiva attività.

DIRITTI DELL'INTERESSATA

6) Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale, l'interessata può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:

- richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (**diritto di accesso**);
- conoscerne l'origine;
- riceverne comunicazione intelligibile;
- avere informazioni circa la logica, le modalità e le **finalità** del trattamento;
- richiederne **l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione**, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, **la portabilità** dei dati
- nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico;
- il **conferimento** dei dati è facoltativo e si può opporre al trattamento dei dati personali che lo riguardano per motivi legittimi in tutto o in parte . A tal riguardo NON si potrà procedere con l'erogazione della prestazione/servizio
- il diritto di presentare un **reclamo** all'Autorità di controllo che è il GARANTE per la Protezione dei dati personali mail: www.garanteprivacy.it.

- 7) Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è _____ (*indicare il Titolare dello Studio*).
- 8) Lo Studio ha/non ha deciso di designare il Data Protection Officer nella persona di _____
- 9) Non è presente **profilazione** e nessun **processo** decisionale **automatizzato**
- 10) Una eventuale **violazione** dei dati personali che La riguardano determina un rischio elevato per i suoi diritti e le sue libertà che comporterà da parte dello Studio un'immediata comunicazione.

Con la firma del presente modulo si esprime e si presta il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità come indicate in calce alla presente informativa. In qualsiasi momento è possibile **revocare il consenso** senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Nel rispetto di quanto disciplinato dal General Data Protection Regulation 2016/679 (GDPR)

Io _____ sottoscritta _____ nata a _____ il _____, residente a _____ in _____, dichiaro di essere stata esaustivamente e chiaramente informata su:

- 1) Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dall'Ostetrica a tutela della mia salute;
- 2) I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
- 3) Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione e/o la limitazione nell'utilizzo degli stessi;
- 4) Il nome del Titolare del trattamento dei suoi dati personali;
- 5) Il nome del Responsabile della Protezione dei Dati Personali (DPO), ove richiesto dal GDPR.

Manifesto il mio consenso disciplinato dall'art. 7 RGPD al trattamento dei miei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di cura, riabilitazione e prevenzione alla dott.ssa _____ nelle modalità e finalità sopra riportate.

Inoltre

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data _____

Firma leggibile della paziente

□

INFORMATIVA ALLE PAZIENTI
(da esporre in sala d'attesa)

Gentili signore,

con la presente vi informo che i vostri dati personali sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per attività di prevenzione, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da Voi richieste, correlate a motivi di salute.

Anche in caso di uso di computer, saranno adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello studio, nel rispetto del segreto professionale.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il responsabile della protezione dei dati, il sostituto, il personal amministrativo) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

I vostri dati saranno custoditi e conservati per tutto il periodo di cura e trattamento che Voi sceglierete di porre in atto con la sottoscritta e in osservanza dei limiti previsti per la conservazione dei dati clinici e le cartelle cliniche.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.

Io sottoscritta Dott.ssa _____, in qualità di OSTRETRICA, indirizzo e-mail _____, cell. _____, assumo la qualifica di TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, che Voi avete deciso liberamente, chiaramente e consapevolmente scelto di fornirmi, dopo aver letto la presente informativa.

Luogo, data, firma e timbro

