

INFORMATIVA PRIVACY - TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E UTILIZZO DEL MATERIALE BIOLOGICO

Gentile paziente/utente, di seguito Le forniamo le informazioni previste dagli articoli 13 del Regolamento(UE) 2016/679.

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO?

Per le finalità di cui al seguente punto 2., i dati raccolti sono: dati anagrafici e di contatto; dati sanitari relativi alla Sua salute e dati genetici.

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

L'ASST utilizzerà i Suoi dati per finalità di diagnosi e cura (tutela della Sua salute); tutela della salute di un terzo appartenente alla stessa linea genetica; investigazioni difensive ed esercizio di un diritto in sede giudiziaria; ricerca scientifica e statistica. Ulteriori finalità: attività amministrativa correlata alle precedenti; adempimenti di legge e/o richiesti da Autorità pubbliche.

3. SULLA BASE DI QUALE FONDAMENTO GIURIDICO?

Il trattamento verrà svolto a seguito di Suo specifico consenso. Il risultato verrà comunicato soltanto a Lei o alle persone da Lei autorizzate per iscritto. Inoltre, Lei potrà anche esprimere la volontà di non essere informato sui risultati di notizie inattese. L'eventuale rifiuto del conferimento dei dati o del consenso comporteranno l'impossibilità, da parte dell'Azienda, di dar corso alla prestazione.

Solo se il trattamento viene svolto per la tutela della salute di un terzo, appartenente alla stessa linea genetica dell'interessato, e il consenso dell'interessato non può essere prestato per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità d'intendere e di volere, nonché per l'effettiva irreperibilità, il trattamento può essere effettuato - limitatamente a dati genetici disponibili - qualora sia indispensabile per consentire al terzo di compiere una scelta riproduttiva consapevole o sia giustificato dalla necessità, per il terzo, di interventi di natura preventiva o terapeutica.

4. COME VENIAMO A CONOSCENZA DEI SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati potranno essere acquisiti da Lei o, se minore, dai Suoi genitori o da un rappresentante legale.

I Suoi dati non verranno utilizzati per attività di profilazione, né in base agli stessi verranno prese decisioni in maniera automatica.

5. A CHI E' POSSIBILE COMUNICARE I SUOI DATI?

I Suoi dati saranno resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. a:

Operatori interni alla nostra ASST (in qualità di "Autorizzati")

Soggetti esterni in qualità di "Responsabili del trattamento" e pertanto tenuti al rispetto di particolari obblighi in materia di riservatezza (es: società informatiche, altre Strutture sanitarie che interagiscono con la nostra per svolgere accertamenti diagnostici, per una migliore prestazione di cura nei Suoi confronti)

Compagnie Assicuratrici, Enti previdenziali, Forze di polizia, Autorità giudiziaria o altre Autorità per finalità di giustizia, di prevenzione e tutela della salute pubblica

Soggetti terzi, che svolgono funzioni previste dalle norme (es: Regione Lombardia) che operano come autonomi Titolari del trattamento.

La consultazione da parte degli operatori aziendali degli eventi sanitari che La riguardano, tramite il suo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), potrà avere luogo solamente qualora Lei abbia espresso specifico consenso, secondo le regole dell'Informativa sul FSE riportata nell'apposita sezione del sito WEB della Regione Lombardia.

Il FSE è infatti l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'utente e prodotti dalle diverse Strutture socio-sanitarie della Regione Lombardia (Sistema Informativo Socio-Sanitario -SISS), volto a documentare la storia clinica sanitaria dell'utente. Per DSE s'intende l'insieme dei dati sanitari in formato elettronico relativi allo stato di salute del paziente, raccolti e prodotti presso questa ASST di Lodi in occasione di eventi clinici presenti e passati (es. referti di Pronto Soccorso, lettere di dimissione ospedaliera, referti di visite ambulatoriali, ecc.). Il consenso per la costituzione del Dossier è facoltativo e non ha alcuna conseguenza su altri consensi ed altri trattamenti prestati in questa Azienda. Può essere revocato in qualsiasi momento rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Può essere prestato: per i minori, dai genitori o da eventuale tutore; per persona impossibilitata: dalle figure previste nell'apposito Modulo. Di costoro saranno trattati solo i dati anagrafici.

L'Informativa completa sul DSE è disponibile sul sito aziendale

I Suoi dati non saranno diffusi; l'eventuale trasferimento in Paesi extra UE avverrà solo nel rigoroso rispetto del Capo V del Regolamento Europeo 2016/679 e delle successive disposizioni anche internazionali in materia.

6. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali possono essere sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.



Fatto salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per il tempo previsto dal vigente Titolare e Massimario di scarto di Regione Lombardia. I campioni biologici saranno conservati per un tempo non superiore a quello strettamente necessario a perseguire gli scopi per i quali sono raccolti e utilizzati.

7. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In relazione ai dati conferiti, l'interessato ha il diritto, compatibilmente con gli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, la copia, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento, la portabilità del documento in cui è contenuto il dato (artt. 15 e ss. del Regolamento) e la revoca del consenso prestato utilizzando il Modello per l'Esercizio dei diritti presente sito aziendale.

L'eventuale richiesta di oscuramento del dato nel Dossier sanitario elettronico (DSE) e di conseguenza nel FSE potrà essere rivolta al Medico in sede di prestazione, utilizzando l'apposito modello.

Alla Sua richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga di altri 30 giorni ai sensi di legge. Nel caso in cui il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento e delle disposizioni nazionali collegate, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie.

Per maggiori informazioni o per esercitare i diritti sopra espressi, può contattare:

Titolare del Trattamento dei Dati personali: Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, P.zza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; protocollo@pec.asst-odi.it

Referente clinico: Dr. Alberto Degiuli, indirizzo email alberto.degiuli@asst-odi.it; telefono 0371-371;

Responsabile della Protezione dei Dati personali/DPO: Dott.ssa M.Francesca Fasano, V.le Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371376419; dpo@asst-odi.it

MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI per il trattamento dei dati genetici e utilizzo materiale biologico

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ASST di Lodi, io sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME: _____

nato/a a _____ il ___/___/_____

- ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per le finalità descritte al punto 2. dell'Informativa
 ACCONSENTO alla costituzione del DSE
 ACCONSENTO all'inserimento nel mio DSE delle informazioni soggette a maggior tutela *
 ACCONSENTO alla costituzione del DSE solo per gli eventi clinici relativi alla presente prestazione e a quelle future
 NON ACCONSENTO alla costituzione del DSE

Data ___/___/_____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ CONSENTO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A SOGGETTI TERZI

- Al Sig./ra _____ tel. _____
 Al Medico curante Dr./Dr.ssa _____ Altro (comprese Unità di Offerta Territoriali) _____

Sono consapevole del fatto che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sul mio stato di salute a terzi.

Data ___/___/_____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO

In data ___/___/_____ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:

- trattamento dati personali DSE..... comunicazione a terzi precedentemente espresso (vedi punto precedente).

Firma di chi revoca il consenso _____

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORE

Il/la Paziente _____ nat/a a _____ il ___/___/_____ è un/a minore; pertanto, _____ il _____ consenso _____ è espresso da _____

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____
 n qualità di: → genitori altro..... (specificare e allegare Modulo di autocertificazione)

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/_____



Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il
____/____/____

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto del minore.

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente _____ nato a _____ il
____/____/____

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da
a) Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____

Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il
____/____/____

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della
persona impossibilitata

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

OPPURE

b) Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ dichiaro che all'atto del ricovero (data ---/---/-----), il/la
paziente _____ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il
consenso e non è accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art. 82 c. 2 Codice privacy).

Data ____/____/____ Firma del Medico _____

**Informazioni soggette a maggior tutela: aver subito violenza sessuale/ aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale; essere affetti da HIV; essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche; essersi sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza; aver deciso di partorire in anonimato; aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.*

