

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO SUL SUO CONTO?

Nell'ambito del servizio prestato potranno essere raccolti i seguenti dati dell'utente:

- nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, scuola frequentata, sesso, codice fiscale;
- stato di salute generale;
- dati relativi a condanne penali;
- dati in merito all'invalidità civile, possesso di esenzione ticket e/o handicap in situazione di gravità L.104/92;
- nome, cognome, luogo e data di nascita, numero documento d'identità, data del rilascio di chi esercita legalmente la podestà ovvero di un prossimo congiunto, un familiare, un convivente, o in loro assenza, dal responsabile di struttura presso cui dimora l'interessato.

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati per compiti istituzionali di interesse pubblico finalizzato a supportare l'utente nella gestione di **problematiche familiari, a tutela e sostegno della persona** nelle diverse fasi del ciclo di vita, in special modo in favore di persone svantaggiate in ragione di particolari condizioni, fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari.

Nell'ambito dei servizi offerti i suoi dati personali possono essere acquisiti per analizzare la richiesta dell'utente, identificarne i bisogni specifici e definire un percorso di cura adatto.

In particolar modo, il Centro di Terapia Sistemico-Relazionale si riserva, **previo consenso** degli interessati, di videoregistrare le sedute di terapia allo scopo di favorire l'osservazione delle dinamiche familiari durante gli incontri. Nell'ambito delle sedute di terapia sistemica l'equipe di psicologi potrebbe includere psicologi iscritti ai corsi di specializzazione in Psicoterapia Sistemico – Relazionale riconosciuti dal M.U.R.S.T., per favorirne la crescita e sviluppo delle competenze. Tirocinanti e specializzandi sono presenti nella UOSD per le finalità e con le modalità previste dalla legge e sono "incaricati/autorizzati" dal Titolare.

Sempre, **previo consenso** dell'interessato, i dati di contatto potrebbero essere trattati per segnalare eventi ed iniziative svolti presso i consultori, nonché registrarne l'adesione.

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

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato con modalità manuale in formato cartaceo e informatizzata, per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 del Reg. UE n. 2016/679 e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modifica, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Salvo diversamente espresso dalla normativa cogente, in generale i dati personali saranno conservati nei nostri archivi secondo i termini stabiliti dal Titolare e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia vigente.

4. CHI POTREBBE ACQUISIRE INFORMAZIONI SUL SUO CONTO E A CHI POSSONO ESSERE COMUNICATI?

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

- Dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- Società terze quali: società informatiche per manutenzione dei software, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2 l'Azienda potrebbe comunicare i suoi dati a Regione Lombardia per la rendicontazione delle prestazioni effettuate.

I Suoi dati non saranno diffusi.

5. DA CHI POTREMMO RICAVARE INFORMAZIONI SULLA SUA PERSONA?

In generale i dati dell'utente saranno acquisiti sempre presso lo stesso, tuttavia in caso di minori, di impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e volere i dati potrebbero essere acquisiti attraverso chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile di struttura presso cui dimora l'interessato.

Oltre a ciò possono essere acquisiti dati sugli utenti per tramite:

- Enti Locali
- Autorità Giudiziaria
- Altre articolazioni aziendali

Previo consenso dell'interessato i dati possono essere acquisiti per tramite di:

- MMG e PLS
- Istituzioni Scolastiche

6. POSSONO ESSERE TRASFERITI I SUOI DATI PERSONALI IN PAESI EXTRA UE?

No, non è previsto alcun trasferimento di dati verso paesi Extra UE.

7. IN CHE MODO E' OBBLIGATO A FORNIRE I SUOI DATI E IL CONSENSO? IN CASO DI RIFIUTO COSA ACCADE?

In generale il conferimento dei dati elencati al punto 1 è strettamente necessario. In loro assenza, non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi.

Nell'ambito della terapia familiare il consenso al trattamento delle videoriprese è strettamente necessario per assicurare l'efficacia della prestazione; l'eventuale presenza dell'equipe di psicologi dei corsi di specializzazione non è obbligatoria e non pregiudica le prestazioni offerte. Il consenso per ottenere informazioni sugli eventi ed iniziative organizzate dal consultorio, è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica le prestazioni offerte.

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

In base al Reg.to UE 2016/679, Capo III:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
 - e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
 - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
 - g. nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie.

E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati.

In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Il titolare è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro 30 giorni dalla data di inoltra o altri 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 30 esimo giorno Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo. **Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti contattando:**

- **Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-376401; Fax 0371-376438; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it
- **Responsabile del trattamento:** Dirigente Responsabile UOSD CONSULTORI Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-374548; Indirizzo mail laura.cuzzani@asst-lodi.it
- **Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott. Marco Esposti, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Ospedale Vecchio 2° Piano, Tel. 0371- 376492; fax 0371 376469; mail dpo@asst-lodi.it.

MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento "ASST di Lodi" ai sensi degli artt. 6-7 del Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

Il/la sottoscritto/a

COGNOME: _____

NOME: _____

nato/a a _____

il ____/____/____

Autorizzo ASST di Lodi" all'utilizzo dei miei dati di contatto per segnalare iniziative e eventi svolti dai consultori

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

Autorizzo ASST di Lodi" all'utilizzo dei miei dati di contatto per registrare la mia partecipazione a iniziative ed eventi promossi dal consultori.

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

Autorizzo il Centro di Terapia Sistemico Relazionale di ASST di Lodi" alla ripresa ed alla videoregistrazione delle sedute di terapia del mio nucleo familiare.

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

Autorizzo l'eventuale presenza nell'equipe di psicologi tirocinanti post-laurea o iscritti ai corsi di specializzazione in Psicoterapia riconosciuti dal M.U.R.S.T.

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

CONSENTE INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE:

MMG: _____

PLS: _____

Al Sig./ra _____ tel. _____

Al Sig./ra _____ tel. _____

Altro _____

Il/la sottoscritto/a è consapevole che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

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

VARIAZIONE/REVOCA COMUNICAZIONE A TERZI

In data/...../..... si prende atto della richiesta di

revoca

variazione

Del consenso di comunicazione a terzi precedentemente espresso.

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

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORENNE

Il Paziente _____ nato a _____ il __/__/__

È un minore pertanto il consenso è espresso da

i Genitori Sig.ri

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

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

Altro _____ (Specificare e allegare Modulo di Autocertificazione IO.20-Mod.13)

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

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