INFORMATIVA PRIVACY PER IL RILASCIO DI CERTIFICATI DI IDONEITA'

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs.196/03

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO SUL SUO CONTO?

Nell'ambito delle attività di verifica della Commissione Medica Locale Patenti e del Collegio Porto D'Armi, tale organismo potrebbe acquisire le seguenti informazioni:

- nome, cognome, indirizzo, telefono, numero di carta d'identità, numero patente, foto, firma, data e luogo di nascita, codice fiscale;
- dati clinici/sanitari
- tipologia di terapie farmacologiche in atto, assunzione di eventuali farmaci psicoattivi;
- dati relativi ad abusi o dipendenza da bevande alcoliche, assunzione di stupefacenti e cure presso il SERT;
- dati relativi a eventuale sospensione o revisione della patente per guida in stato di ebrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti;
- dati in merito all'invalidità civile o possesso di esenzione ticket.

Nell'ambito delle attività di rilascio/rinnovo patenti di guida, pass, patenti nautiche e porto d'armi in regime di visita monocratica:

- nome, cognome, indirizzo, telefono, numero di carta d'identità, numero partente, foto, firma, data e luogo di nascita, codice fiscale;
- nome, cognome, numero di carta d'identità del tutore legale o esercente la patria potestà se colui che effettua la visita è minorenne;
- dati particolari idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato;
- nome, cognome, data e luogo di nascita, numero di documento del delegato
- dati in merito all'invalidità civile o possesso di esenzione ticket.

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati senza il Suo consenso espresso per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico quali:

- supporto e consulenza all'utenza;
- verifica delle dichiarazioni fornite;
- rilascio delle certificazioni medico legali di idoneità alla patente di guida e nautica , idoneità al porto d'armi; rilascio contrassegno invalidi, generatori a vapore, esenzioni cinture di sicurezza ecc.
- invio dei dati alla Motorizzazione Civile, Prefettura, Questura e Ufficio Centrale Operativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

Il Suo consenso espresso invece è necessario per l'inserimento dei dati nel Dossier Sanitario Elettronico, affinché il personale medico che eventualmente La prende in cura abbia immediatamente a disposizione un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che La riguardano e possa valutare la Sua situazione clinica in modo più efficace, tempestivo e dunque qualitativamente migliore nel Suo esclusivo interesse.

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 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. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. 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 Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per la seguente durata:

- dieci anni per la documentazione della Commissione Medica Locale Patenti e Collegio Porto d'Armi;
- cinque anni per la documentazione relativa al porto d'armi effettuato in regime di visita monocratica;
- 1 anno per la documentazione relativa alle patenti di guida e nautiche effettuate in regime di visita monocratica

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;
- a società terze quali: società di consulenza di organizzazione ed enti di certificazione della Qualità, società informatiche per manutenzione dei software, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2 la Commissione patenti potrebbe comunicare i suoi dati alle seguenti organizzazioni:

- Motorizzazione Civile;
- Prefettura;
- Ufficio Centrale Operativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti;
- Ufficio invalidi;
- Questura.

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. 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 o figura da questo delegata, tutori legali e figure esercenti la potestà genitoriale. Tuttavia nell'ambito delle attività di controlli della Commissione patenti, dati potrebbero essere acquisiti per tramite dell'Ufficio invalidi allo scopo di verificare le attestazioni fornite dall'interessato.

ASST DI LODI

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 per l'esecuzione della prestazione. In loro assenza, non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi.
Il consenso per la registrazione dei dati al Dossier Sanitario Elettronico è facoltativo e non pregiudica i servizi accordati.

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

In base al Reg.to UE 2016/679: Cap.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 ai sensi dell'articolo 5, comma 2; 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. proporre reclamo ad un'Autorità di Controllo;
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 inoltro 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:** Direttore UOC Erogazione Territoriale delle Prestazioni Socio – Sanitarie, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-372482; Indirizzo mail patrizia.mori@asst-lodi.it
- **Responsabile della Protezione dei Dati personali**: Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371- 376419; mail dpo@asst-lodi.it.

Dichiaro di aver letto l'Informativa Privacy e ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate dall'art.2 e per

❑ la costituzione del **Dossier Sanitario Elettronico** aziendale
Oppure NON ACCONSENTO

❑ alla costituzione del **Dossier Sanitario Elettronico** aziendale

Data ...../...../..... Firma _____

Nel caso in cui il consenso non possa essere acquisito direttamente dall'interessato:

Il/la Paziente è un/una **minore**, pertanto, il consenso è espresso da:

❑ **i Genitori Sig.ri** ...../.....

documenti di identità n:..... rilasciato il ...../...../.....
n:..... rilasciato il ...../...../.....

❑ **Altro** .....(**Specificare e allegare** Modulo Autocertificazione PGA.CC.2-M.09)
Data ...../...../.....Firma di chi esprime il consenso...../.....

Il/la Paziente è in uno stato di **impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere**, pertanto il consenso è espresso da
Sig./Sig.ra_____(ex art.82, comma 2 Codice Privacy)

❑ Rappresentante legale ❑ Convivente
❑ Prossimo congiunto/Familiare ❑ Responsabile della struttura presso la quale l'interessato dimora

documento di identità n:_____ rilasciato il ____/____/____

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso_____

ASST DI LODI