

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196 DEL 30.06.2003

In applicazione dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di dati personali", Le comunichiamo quanto segue:

Per dati si intendono, ai sensi della presente informativa

- quelli che Le richiediamo con il presente modulo o che potremo richiederle in futuro;
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche in Suo favore;
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua incolumità fisica;
- quelli spontaneamente da Lei forniti.

1. I dati personali e sensibili vengono da noi raccolti con la finalità di svolgere le nostre attività professionali nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile e amministrativa del rapporto. In particolare saranno tenute le registrazioni obbligatorie per legge sia contabili che sanitarie ed il loro trattamento potrà essere manuale o informatizzato e prevede la trasmissione all'interessato di comunicazioni tramite: TELEFONO; SMS; EMAIL; LETTERE;

2. Lei non è obbligato al conferimento dei dati di cui sopra, ma, in caso di rifiuto, non potrà essere assicurata la richiesta assistenza;

3. I dati in esame potranno essere comunicati:

- agli Enti ai quali la comunicazione è dovuta per disposizione di legge,
- al Suo medico curante in caso di necessità o ad altro personale sanitario
- al personale dell'ambulatorio o consulenti dell'ambulatorio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge.
- ad aziende che collaborano con la Medical Equipe per promozioni
- a laboratori odontotecnici per lo svolgimento di attività loro proprie

4. Il Titolare del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante di Medical Equipe S.r.l. società Unipersonale;

5. I dati saranno trattati dagli incaricati dell'Ambulatorio per i motivi di cui al punto 1.

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 7 DEL D. LGS. N. 196 DEL 30.06.2003

(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

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:

1. dell'origine dei dati personali;
2. delle finalità e modalità del trattamento;
3. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
4. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
5. 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:

1. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
2. 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;
3. 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 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.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

1. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
2. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; al trattamento a scopo scientifico (per pubblicazioni o esposizioni a corsi e congressi).

CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D. LGS. 196/2003 e Progetto CRS-SISS Sanità Regione Lombardia

Visto quanto sopra, il /la sottoscritto/a.....

Comune di nascita e data di nascita...../...../.....

Residenza.....N°.....CAP.....

Comune di residenza

Codice Fiscale

Medico pediatra o di Base.....

Email:.....@.....

Telefono:
Abitazione.....Ufficio.....Cellulare.....

Aderisce a convenzioni, fondi e/o assicurazioni per prestazioni odontoiatriche SI NO

Desidera aderire alla convenzione tariffe odontoiatriche "**MEDICAL DENT CARD**" SI NO
sarà rilasciata una tessera per sconti e promozioni

Come ci ha conosciuti: Giornali Riviste Internet Conoscenti Altro

Sono informato del contenuto dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, preso atto in particolare che il trattamento verrà effettuato nei limiti posti dalla legge, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili, inoltre dichiara quanto segue:

Calusco d'Adda/...../..... Firma.....
(per i minori firma del Rappresentante Legale)

"Io sottoscritto è a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa **Azienda Sanitaria**, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo del **FSE (fascicolo sanitario elettronico SSN)**

Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione **al mio medico di base** dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio **FSE (fascicolo sanitario elettronico SSN)**, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "**Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art.76 D.Lgs. 196/2003**" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato"

Fornisco il consenso alla costituzione del **FSE (fascicolo sanitario elettronico SSN)** SI NO
senza consenso non è possibile consultare per i medici le prestazioni effettuate nel FSE e non è possibile eseguire visita e prestazioni con Servizio Sanitario

Calusco d'Adda/...../..... Firma.....
(per i minori firma del Rappresentante Legale)