

## Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 679/2016 e consenso

Gentile Paziente,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), La informo che i Suoi dati personali, necessari per svolgere la prestazione medica da Lei richiesta, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal GDPR, nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti, secondo le seguenti modalità:

### 1. Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali

Titolare del trattamento è Fisiomedica SRLS (di seguito indicato anche come "centro medico") con sede legale in Giano dell'Umbria (PG) 06030, via Roma n. 55, loc. Bastardo, al quale ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti riconosciuti dal GDPR, nonché per conoscere l'elenco aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento dei dati. Il Titolare può essere contattato all'indirizzo e-mail [info@fisiomedicagiano.it](mailto:info@fisiomedicagiano.it) all'indirizzo pec [dott.antonelli.fabrizio@arubapec.it](mailto:dott.antonelli.fabrizio@arubapec.it) ovvero al numero di telefono 0742.99910.

L'elenco dei Responsabili ai sensi dell'art.28 del Reg. UE 2016/679, designati dal Titolare del trattamento, sarà disponibile previa Sua specifica richiesta ai contatti sopra meglio evidenziati.

La informo inoltre che il Centro Fisiomedica SRLS condivide gli spazi dello studio insieme ad altri due Titolari che sono Fisiomedica Servizi SRL ed il Dott. Antonelli Fabrizio, il tutto risulta meglio regolamentato da un accordo di contitolarità ex art. 26 Reg. UE 2016/679 nonché da un preciso accordo di collaborazione, nel pieno rispetto della normativa GDPR.

### 2. Tipologia dati trattati

I dati oggetto del trattamento sono: dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, CF, residenza/domicilio), le informazioni necessarie per contattarla (es. numero di telefono, indirizzo mail...), dati particolari sensibili, quali quelli relativi allo stato di salute e anamnestici.

### 3. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è finalizzato unicamente al fine di poter ottenere un'adeguata erogazione della prestazione medica e/o sanitaria da Lei richiesta. I suoi dati saranno trattati anche al fine di:

- svolgere attività necessarie per attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da Lei richieste, sia farmaceutiche che specialistiche, correlate ad esigenze di salute, nonché a tutela della stessa;
- concludere i contratti per i servizi prestati dal Titolare quali ad es. attività di riabilitazione, fisioterapia e diagnostica per immagini;
- adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti in essere;
- adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

### 4. Modalità del trattamento

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) ovvero telematici (e-mail etc) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate. Il Titolare adotta specifiche azioni per il corretto trattamento, conservazioni e distruzione dei dati, siano essi su supporto informatico o cartaceo ovvero telematico.

### 5. Base giuridica del trattamento

Quanto sopra, in accordo con il Codice Deontologico dei Medici, che ne costituisce Base giuridica per il trattamento medesimo insieme al consenso da Lei prestato.

### 6. Conferimento dei dati e rifiuto

Il conferimento dei dati personali è facoltativo. Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, e relativi allo stato di salute, tuttavia, è necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 3 ed il rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività di cui al punto 3

**7. Periodo di conservazione dei dati**

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo di durata necessario alla prestazione richiesta e, successivamente, per il tempo in cui il centro medico sia soggetto ad obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità, previste da norme di legge o regolamenti. In ogni caso la durata massima di conservazione dei dati sarà di 10 anni successivi alla effettuazione della prestazione professionale richiesta.

In particolare referti e/o immagini diagnostiche non verranno in alcun caso conservati dal centro medico, che Le consegnerà l'unica copia esistente sia del referto che delle eventuali immagini diagnostiche.

**8. Comunicazione dei dati**

I Suoi dati personali potranno essere comunicati esclusivamente ai responsabili del trattamento, possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 3 ed in generale a tutti i soggetti i quali la comunicazione è necessaria per ottenere la prestazione medica richiesta.

**9. Profilazione e Diffusione dei dati.**

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione. I dati potranno essere comunicati a familiari o conoscenti solo su espressa autorizzazione dell'interessato. I dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale.

**10. Diritti dell'interessato**

In qualità di interessato Lei potrà esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 21 del Regolamento ovvero: 1) Diritto di accesso dell'interessato (Art. 15), 2) Diritto di rettifica (Art. 16), 3) Diritto alla cancellazione (Art. 17), 4) Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18), 5) Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20), 6) Diritto di opposizione (Art. 21)

Si evidenzia inoltre il diritto per l'interessato di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali – [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

E' inoltre riconosciuto il diritto per l'interessato di revocare il consenso al trattamento dei dati personali.

Potrà esercitare i Suoi diritti contattando il Centro medico ai recapiti sopra indicati, allegando il Suo documento d'identità.

\*\*\* \*\*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Dichiaro di aver ricevuto completa informativa circa il trattamento dei dati personali e che la stessa è espressa in forma chiara e concisa rispondendo ai criteri di trasparenza ed intelligibilità, facile accessibilità e redatta con linguaggio sufficientemente chiaro e semplice.

Bastardo, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Acconsento affinché il centro medico ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento e per tale motivo

Presta il consenso

Nega il consenso

Bastardo, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

