INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.)

1. Titolare del Trattamento e Contatti

Il Titolare del Trattamento è il Dott. / Studio / Centro _____, con sede in _____, C.F./P.IVA _____.

- **Email / PEC:** _____
- **Telefono:** _____

(Se applicabile) **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO):** _____ (Email: _____)

---

2. Finalità e Base Giuridica del Trattamento

- **Finalità di Diagnosi e Cura (Necessaria):** I Suoi dati personali, ivi compresi quelli relativi allo stato di salute, saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sanitaria. Il trattamento per tali finalità è necessario ed è effettuato ai sensi dell'**Art. 9, par. 2, lett. h) del GDPR**; pertanto, non richiede un distinto consenso espresso.
- **Finalità Facoltative (Soggette a Consenso):** Previo Suo esplicito consenso (Art. 6, par. 1, lett. a del GDPR), i Suoi dati potranno essere trattati per:
    1. Invio di comunicazioni promozionali e commerciali.
    2. Finalità di ricerca scientifica e statistica (in forma anonimizzata o pseudonimizzata).
    3. Utilizzo di applicazioni sanitarie e dispositivi elettronici dedicati al monitoraggio.

---

3. Modalità del Trattamento e Destinatari dei Dati

Il trattamento è effettuato mediante strumenti cartacei ed informatici, nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dall'art. 32 del GDPR.

I Suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi nominati **Responsabili del Trattamento** (es. fornitori di software gestionali sanitari, consulenti fiscali per la fatturazione), nonché a soggetti pubblici o autorità nei casi previsti dalla legge. I dati non saranno oggetto di diffusione né di profilazione automatizzata.

---

4. Periodo di Conservazione dei Dati

I dati personali e sanitari saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni sanitarie e comunque per il periodo imposto dagli obblighi di legge in materia fiscale e di conservazione della documentazione sanitaria (di norma 10 anni). Per le finalità basate sul consenso, i dati saranno conservati fino alla revoca dello stesso.

---

5. Diritti dell'Interessato e Diritto di Reclamo

In qualsiasi momento, ai sensi degli artt. 15-22 del GDPR, Lei ha il diritto di accedere ai Suoi dati, richiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, la portabilità, nonché di opporsi al trattamento e di **revocare il consenso prestato** inviando una comunicazione ai recapiti del Titolare.

Ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ([link removed]).

DICHIARAZIONE E CONSENSO DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto/a:

- **Cognome:** _____
- **Nome:** _____
- **Sesso:** ☐ M ☐ F
- **Nato/a a:** _____ **il:** _____/_____/_____
- **Residente in:** _____ **Cap:** _____
- **Via:** _____ **n.:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Tel:** _____

  (In caso di paziente minore o incapace) **Genitore / Tutore legale di:**
  _____

DICHIARO di aver ricevuto, letto e compreso l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali sopra riportata.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER FINALITÀ FACOLTATIVE:

1. **Trattamenti per finalità diverse dalla cura:**

   ☐ Acconsento ☐ Non Acconsento

2. **Invio di comunicazioni commerciali e promozionali:**

   ☐ Acconsento ☐ Non Acconsento

3. **Trattamento dei dati per finalità di ricerca e statistica:**

   ☐ Acconsento ☐ Non Acconsento

4. **Uso di applicazioni sanitarie e dispositivi elettronici:**

   ☐ Acconsento ☐ Non Acconsento

Luogo e Data: _____, ____/____/_____

Firma del Paziente: _____

Firma del Genitore / Tutore Legale:_____