

**FONDAZIONE
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE "GARIBALDI - POGLIANI"
ONLUS**

D.G.R. 23 febbraio 2004 - n. 7/16458
Codice Fiscale 81002570133 - Partita Iva 01798350136

Direzione Amministrativa e Sanitaria:

Via Galimberti n. 4 - 22063 Cantù (Co)
Tel.: 031/3515358 - Fax: 031/714797

gentile Signore/a

OGGETTO. Informativa per la raccolta e il trattamento dei dati D.Lgs 196/03 (Codice Privacy)

La informiamo che ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali, c.d. Codice Privacy), il trattamento delle informazioni che La riguardano, da Lei fornite presso la Fondazione Residenza Sanitaria Assistenziale Garibaldi Pogliani di Cantù e Capiago Intimiano si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale ed al diritto alla protezione dei dati personali.

In particolare, i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, ad associazione o ad organizzazioni di carattere religioso, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

Ai sensi dell'Art. 13 del predetto Codice, La informiamo che:

1. i dati sensibili da Lei forniti verranno trattati per tutelare l'incolumità fisica e la salute dell'interessato, per finalità amministrativo - contabili e appropriatezza dell'assistenza erogata, per consulenza, diagnosi e analisi genetiche;
2. il trattamento consiste in qualunque operazione di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione di dati;
3. le modalità di trattamento contemplano l'archiviazione su supporto cartaceo e supporto diverso dal cartaceo;
4. l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti agli operatori della Fondazione RSA Garibaldi Pogliani autorizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza di cui al Disciplinary Tecnico (all. B);
5. il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle seguenti finalità: erogazione di servizi diretti alla persona.
6. i dati possono essere oggetto di comunicazione nel rispetto della normativa ai soggetti di seguito indicati: Aziende Ospedaliere e Sanitarie, Anagrafe Regionale, Ministeri della Repubblica, Istat, Regioni e Province Autonome, Enti Previdenziali, Autorità Giudiziaria, Organi di Controllo, Organizzazioni Sindacali, Assicurazioni.
7. Il titolare del trattamento dati è la Fondazione Residenza Sanitaria Assistenziale Garibaldi Pogliani, in persona del Legale rappresentante con sede in Cantù via Galimberti n. 4;
8. Il Responsabile del trattamento è la Dr.ssa Sonia Serpi, domiciliata per la carica c/o la struttura;
9. Lei potrà rivolgersi al Titolare o al Responsabile, per far valere i Suoi diritti, così come previsto dall'Art. 7 di seguito riprodotto:

Art. 7 - diritto di accesso

- 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:**
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentate 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 rileva 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:**
 - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b. 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.

Formula di consenso per il trattamento dei dati

Il/la sottoscritta/o, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'Art. 4 del Decreto Legislativo, vale a dire i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, ad associazione o ad organizzazioni di carattere religioso, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale presta il suo

Consenso

Autorizzo oppure **non autorizzo**

che si informino i terzi che facciano richiesta in merito alla mia presenza in struttura

Comunicazioni sullo stato di salute (indicare sempre almeno un nominativo)

Autorizzo che si diano informazioni sul mio stato di salute alle seguenti persone:

al Signor/alla Signora _____

al Signor/alla Signora _____

al Signor/alla Signora _____

data _____ firma leggibile dell'interessato _____

nota bene:

se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica. Incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da che esercita legalmente la potestà quale (specificare)

genitore tutore curatore

oppure

da un prossimo congiunto da un familiare da un convivente

o in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Nome in chiaro di chi firma _____

Data _____ Firma leggibile _____