

Consenso trattamento dati personali

NOME PAZIENTE _____ PARTNER _____

In ottemperanza al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, (Codice in materia di protezione dei dati personali, comunemente detto Privacy) Le forniamo le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, alla natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

- **Titolare e responsabile, finalità del trattamento**

Sono titolari di ogni trattamento dei Suoi dati il **centro genera della Associazione Professionale Fertilità e Sterilità di Ubaldi, Rienzi e Associati**, sito nella **clinica Valle Giulia** di Roma e lo Studio Associato Ostetrico Ginecologico e Medicina della Riproduzione di Umbertide; i trattamenti potranno riguardare la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, cancellazione e distruzione dei sui dati per fini di erogazione di servizi sanitari specialistici in ginecologia e/o procreazione medica assistita.

- **Tipologia di dati trattati**

Per l'esercizio delle prestazioni sanitarie il **centro genera** ha necessità di venire a conoscenza di dati definiti dalla legge "identificativi" (i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato) e dei "dati Sensibili" (sono i cd. dati personali idonei a rivelare ad es. l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché in particolare, per quanto concerne le attività specifiche del **centro genera**, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, trattati ai fini di procreazione medica assistita).

- **Modalità del trattamento**

Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di sistemi informatici e manuali ad opera di personale appositamente incaricato e formato. Per l'erogazione delle attività collaterali a quelle mediche (es. servizio attività di segreteria, fissazione appuntamenti; gestione amministrativa; gestione reception), i suoi dati anagrafici potranno essere gestiti dal personale della struttura sanitaria che ospita il nostro centro, Clinica Valle Giulia s.p.a. e il centro Studio Associato Ostetrico Ginecologico e Medicina della Riproduzione di Umbertide. I Suoi dati saranno inseriti nel data base del **centro genera**, per avere quanto più possibile, il Suo quadro clinico completo e aggiornato.

- **Ambito di comunicazione e diffusione**

I Suoi dati non saranno oggetto di diffusione; saranno comunicati a terzi solo nei casi previsti dalla Legge (es. Istituto Superiore di Sanità di Roma) o per necessità sanitarie e/o per esami di laboratorio. In particolare l'associazione si potrebbe appoggiare a laboratori e centri medici esterni per effettuare le indispensabili analisi cliniche che si dovessero rendere indispensabili (es. analisi biopsie, pap test, citologie e analisi ultrascreening), usando delle metodologie definite dalle strutture stesse, e di cui risultano titolari e/o responsabili del trattamento. In quest'ultimo caso il **centro genera** assicura che i professionisti o le strutture sanitarie danno adeguate garanzie di affidabilità e riservatezza.

Per fini clinici eventuali dati, immagini o altro possono essere diffusi (pubblicazioni, presentazioni congressi, statistiche,...) solo dopo essere stati resi anonimi.

- **Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati è per Lei obbligatorio in quanto necessario per l'assolvimento di obblighi contrattuali, amministrativi e imposti dalla normativa sanitaria. Il mancato conferimento dei dati sensibili inerenti lo stato di salute attuale e l'anamnesi può comportare l'impossibilità per il personale medico o paramedico di erogare la prestazione richiesta.

- **Diritti dell'interessato**

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere dal responsabile del trattamento informazioni sul trattamento dei Suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata nonché: 1) la conferma dell'esistenza dei dati e la comunicazione degli stessi e della loro origine; 2) gli estremi identificativi del Titolare e dei Responsabili nonché i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati; 3) l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati; 4) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge; 5) l'attestazione che le operazioni di cui ai punti 3) e 4) sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati e diffusi, con l'eccezione del caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; 6) di opporsi al trattamento dei dati, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, per motivi legittimi; al trattamento dei dati per fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

• **Autorizzazione alla comunicazione dei dati a terzi**

	Firma
autorizzo la comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, alla signora _____	♂
autorizzo la comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, al signor _____	♀

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(Ai sensi dell'articolo 23 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

♂ Il sottoscritto _____, reso edotto sui propri diritti, si esprime in merito all'informativa sopra riportata dando il proprio libero consenso al trattamento elencato nell'informativa e autorizzando il **centro GENERA della Associazione Professionale Fertilità e Sterilità sito nella Clinica Valle Giulia** di Roma e lo Studio Associato Ostetrico Ginecologico e Medicina della Riproduzione di Umbertide al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, per le finalità indicate nell'informativa e per la durata strettamente necessaria.

Luogo e Data _____

Firma _____

♀ La sottoscritta _____, resa edotto sui propri diritti, si esprime in merito all'informativa sopra riportata dando il proprio libero consenso al trattamento elencato nell'informativa e autorizzando il **centro GENERA della Associazione Professionale Fertilità e Sterilità sito nella Clinica Valle Giulia** di Roma lo Studio Associato Ostetrico Ginecologico e Medicina della Riproduzione di Umbertide al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, per le finalità indicate nell'informativa e per la durata strettamente necessaria.

Luogo e Data _____

Firma _____