



## **Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016**

Gentile Signore/a \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di diagnosi connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito;
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza;
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità dello Studio<sup>1</sup>. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;
5. Le fatture relative alle prestazioni sanitarie rese, verranno inviate al Sistema Tessera Sanitaria per la predisposizione del Suo Modello 730 precompilato. Qualora volesse opporsi a tale invio, potrà comunicarlo oralmente al Titolare stesso, il quale provvederà ad annotare l'opposizione sulla Sua fattura;<sup>2</sup>
6. Il titolare del trattamento è il **dott. Ettore Griffo**, con studio in Via A. Scarlatti n.44, 80129 Napoli (NA);
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento;
8. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;
9. I Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie;
10. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ con codice fiscale \_\_\_\_\_, dopo avere letto la superiore informativa, da il consenso al trattamento dei dati che lo/a riguardano per le finalità ivi indicate.

Data \_\_\_\_\_ Firma Leggibile

<sup>1</sup> Si è indicato a titolo esemplificativo la figura del Commercialista, ma potrebbe essere indicato anche il consulente del lavoro, o altre figure che trattano i dati in nome e per conto del Titolare, ma con una propria struttura ed organizzazione e con delle finalità specifiche (contabilità, elaborazione paghe ecc).

<sup>2</sup> Si fa presente che per la piena operatività di quest'obbligo a carico dei Biologi, si attendono specifiche comunicazioni da parte del Ministero della Salute, delle quali sarà data tempestiva comunicazione sul sito dell'Ordine. I Biologi non soggetti a tale obbligo possono non inserire il punto nell'informativa resa ai pazienti.