


	MODALITÀ DEL TRATTAMENTO	<p>I dati personali da Lei forniti, eventualmente raccolti anche presso terzi, potranno essere trattati sia su supporto cartaceo, sia con l'ausilio di sistemi elettronici nonché su altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale), o anche solo verbalmente; in ogni caso con modalità atte a garantire la riservatezza e la sicurezza delle informazioni, ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.</p> <p>Tutte le operazioni in materia, effettuate solo da personale debitamente istruito ed autorizzato dal Titolare o suo delegato, avverranno nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo quanto disposto dalle normative vigenti.</p>
 	OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO E REVOCABILITA' DEL CONSENSO	<p>Il conferimento dei dati per le finalità di cui ai numeri 1,2,3,4, 9 e 10 sopra elencate è obbligatorio per poter erogare i servizi. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata erogazione delle prestazioni.</p> <p>Per le finalità di cui ai numeri basate sul consenso (punti da 1 a 7), in conferimento dei suoi dati è facoltativo e non altera in alcun modo la prestazione del servizio. Il consenso prestato può essere revocato gratuitamente e in qualsiasi momento scrivendo a ufficioprivacy@hospicecottolengo.org.</p>
	DESTINATARI DEI DATI	<p>Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati</p> <ul style="list-style-type: none"> - a soggetti debitamente Autorizzati all'interno dell'Hospice ed a soggetti esterni all'Hospice, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti. - soggetti cui siamo collegati per finalità Istituzionali per rendere i servizi offerti, ed in particolare la Piccola Casa della Divina Provvidenza – Cottolengo Cod. Fiscale 01538340017 e la Fondazione Cottolengo Solidale Ente Filantropico del Terzo Settore con sede legale in Via S.G. Cottolengo,14 - 10152 Torino, C.F. 97905980013; - organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria, enti previdenziali ed enti assicurativi, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità; - soggetti pubblici (altre Aziende Sanitarie, Università degli Studi di Torino, Regione, Comuni, INAIL, INPS, etc.) e/o privati (Strutture sanitarie private) coinvolti nel percorso assistenziale; - compagnia assicurativa dell'Azienda; - fornitori di servizi e soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Azienda, appositamente qualificati "responsabili del trattamento".
	TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI	<p>I dati raccolti potrebbero essere oggetto di trasferimento verso paesi terzi extraeuropei, in forza di una decisione di adeguatezza della Commissione o in presenza di garanzie appropriate, per adempiere alle finalità sopra riportate.</p>
	PERIODO DI CONSERVAZIONE	<p>I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge (ad esempio, la cartella clinica, unitamente ai relativi referti, è a conservazione illimitata) ed in base al massimario di scarto. La verifica sulla</p>

		obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	<p style="text-align: center;">DIRITTI DELL'INTERESSATO E MODALITA' DI ESERCIZIO</p>	<p>L'Interessato sulla base degli artt. Da 15 a 22 del GDPR ha diritto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accedere ai Suoi dati personali a alle informazioni relative agli stessi; - chiedere l'aggiornamento, la rettifica dei dati inesatti e l'integrazione di quelli incompleti; - chiedere la cancellazione dei dati personali che La riguardano al verificarsi di una delle condizioni indicate all'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste al paragrafo 3 del medesimo articolo, e purché non sussistano obblighi di conservazione del dato previsti dalla legge; - chiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati al ricorrere di una delle ipotesi previste dall'art. 18 del GDPR; - chiederne la trasmissione dei Suoi dati ad altro Titolare in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (cd. "diritto alla portabilità"), ove tecnicamente possibile; - opporsi in qualunque momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano; - revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni oppure particolari categorie di dati. Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità. - presentare reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (i cui recapiti sono rinvenibili sul sito www.garanteprivacy.it) in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare ad una richiesta inerente nei Suoi diritti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

FINALITÀ - CONSEGNA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O INERENTE IL RICOVERO IN MODALITÀ TELEMATICA.



PRESTO IL CONSENSO



NON PRESTO IL CONSENSO

FINALITÀ – VERIFICA GRADO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO.



PRESTO IL CONSENSO



NON PRESTO IL CONSENSO

FINALITÀ – RIPRESE VIDEO-FOTOGRAFICHE E REGISTRAZIONI AUDIO PER DOCUMENTARE LE ATTIVITÀ (CLINICHE, DI RICERCA, RIABILITATIVE, INTEGRATIVE E RICREATIVE) SVOLTE CON L'INTERESSATO NELL'AMBITO DEI PROGETTI E DELLE INIZIATIVE CURATE DALL'HOSPICE).



PRESTO IL CONSENSO



NON PRESTO IL CONSENSO

Data _____ Firma _____

Se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma di presa visione, la stessa è resa da chi dispone della responsabilità legale: Nome e cognome: _____

Codice fiscale: _____

Consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia responsabilità di agire in qualità di amministratore di sostegno tutore curatore altro _____ (specificare) di _____ (nome e cognome del paziente).

Luogo e Data: _____

Firma leggibile del soggetto facente funzioni _____