Villa Sant'Apollonia
CASA DI CURA

Villa Sant'Apollonia SRL – Casa di Cura Privata
Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo Facciale e Odontoiatria
Direttore Sanitario Dott. Rizzo Rocco

Sede Legale – Via G. Motta 37 – BERGAMO - Tel: 035/347172 – Fax: 035/360900
CF. e P. iva – Reg. Imprese di Bergamo Num. 01740120165 - Cap. Soc. € 52.000, 00 iv

INFORMATIVA PRIVACY
REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

Gentile sig./sig.ra,
desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo n. 679/2016 ufficialmente entrato in vigore il 25 maggio 2018 prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali.
La presente scrittura rappresenta un'informativa che è resa ai sensi dell'art. 13 del citato Regolamento Europeo.
Il "titolare" del loro trattamento è la società **"Villa Sant'Apollonia S.r.l."** con sede in Bergamo, via Giovanni Motta n. 37/39, C.F. e P. Iva n. 01740120165 Rea BG197198, nella persona dell'Amministratore Unico e legale rappresentante Dott. Toffanetti Paolo, reperibile al seguente indirizzo mail: info@villasantapollonia.it
Il **Responsabile della Protezione dati** designato ai sensi dell'art. 37 GDPR è reperibile al seguente indirizzo mail dpo@villasantapollonia.it.
La Informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 GDPR 679/2016, i dati personali e particolari che la riguardano, da lei forniti direttamente, quali dati di contatto, notizie anagrafiche, anamnestiche e documentazione clinica, (per prestazioni odontoiatriche è possibile che siano acquisite fotografie e video del paziente stesso) saranno trattati esclusivamente per le finalità sotto specificate, e tale trattamento avverrà in maniera prevalente, salvo quanto più avanti precisato, presso la stessa Struttura "Villa Sant'Apollonia s.r.l." con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.
In alcuni casi potranno essere **trattati dati riguardanti familiari soprattutto con riferimento all'anamnesi**.

"GESTIONE CONDIVISA" DEI DATI ALL'INTERNO DI UNICA UNITA' OPERATIVA -ODONTOIATRIA-

Il Titolare desidera informarla che all'interno della clinica odontoiatrica operano professionisti specializzati in branche diverse dell'odontoiatria: gnatologia, pedodonzia, ortodonzia, conservativa, endodonzia, chirurgia/implantologia e protesi fissa e mobile, igiene e profilassi. **Poiché il piano di trattamento di un singolo paziente prevede spesso che si compiano prestazioni di differenti branche specialistiche, risulta fondamentale condividere le informazioni di ogni branca relative al trascorso clinico (passato, presente e futuro) del paziente, per poter portare a compimento con successo il piano di trattamento.**
Le operazioni di accesso al piano terapeutico condiviso saranno regolate per garantire il rispetto della liceità del trattamento dei dati. Gli accessi al nuovo gestionale ove sono conservati i dati saranno consentiti unicamente agli autorizzati con l'inserimento di password personalizzate ed elaborate sulla base dei profili di competenza e relative mansioni.

* * * * *

Tali dati personali saranno trattati con sistemi **informatici e manuali**. Le banche dati sono organizzate in modo tale che l'accesso ai dati è consentito al solo personale espressamente autorizzato dal titolare del trattamento. **Per un elenco aggiornato e dettagliato degli autorizzati e dei Responsabili esterni si rimanda al foglio informativo esposto all'ingresso della struttura.**
La determinazione del periodo di conservazione dei dati personali raccolti *viene limitata ad un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati e quindi viene determinata di volta in volta in base alla situazione specifica ed alle disposizioni di legge. In ogni caso il periodo di conservazione della documentazione ove sono riportati i predetti dati personali e sensibili, non può essere inferiore al periodo di conservazione imposto dalla normativa vigente ed in particolare dal* ***Massimario di Scarto*** *fornito dalla ATS Lombardia nella sua ultima versione aggiornata.*
Con riferimento all'Odontoiatria*: per quanto riguarda la scheda/cartella clinica si fa riferimento al periodo previsto dall'art. 2946 c.c. e per quanto riguarda la documentazione radiologica al periodo previsto dagli art. 3 e 4 del Decreto Ministeriale del 14 febbraio 1997, attuativo della Legge 230 del 1995. Per conoscere maggiori dettagli del periodo di conservazione dei dati scrivere all'indirizzo riportato all'inizio della presente informativa.*
Il conferimento dei dati è **necessario** per il perseguimento delle finalità sottoindicate e in caso di rifiuto saremo **impossibilitati a fornirle la prestazione richiesta**. Il mancato conferimento del consenso espresso in tutti i casi in cui verrà richiesto nella presente informativa non sarà invece in alcun modo ostativo all'erogazione della prestazione sanitaria richiesta.

La informiamo, che i dati da Lei forniti non saranno trasferiti all'estero e verranno trattati per le seguenti finalità ed in forza delle citate basi giuridiche:

- per eseguire le stesse prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione (ambulatoriale o chirurgica) anche attraverso l'acquisizione di immagini e video.
  (base giuridica: esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 9.2 lettera h);
- per quanto occorrere possa, per l'utilizzo di immagini e video adeguatamente anonimizzati per finalità, dimostrativo/comparative, didattiche anche attraverso la loro pubblicazione su carta, supporto elettronico e pubblicazione sul web.
  (base giuridica: consenso dell'interessato);
- per la fatturazione della prestazione e per il servizio di prenotazione visite ed appuntamenti.
  (base giuridica: per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare ed esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte);
- per la gestione amministrativa di rimborso spese verso gli enti istituzionali.
  (base giuridica: esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato);
- solo in caso di espressione del consenso positivo, al fine di fornirle informazioni commerciali sui nostri prodotti o servizi.
  (base giuridica: consenso dell'interessato);
- difesa di un diritto in sede di contenzioso.
  (base giuridica: legittimo interesse del titolare art. 6.1 e 9.2 lettera f GDPR);
- eventuale gestione della richiesta di consegna della copia della cartella clinica.
  (base giuridica: consenso dell'interessato ed esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte);

- per procedere a telefonate o invio di messaggi per comunicazioni relative a variazioni dell'appuntamento o comunicazioni sulla prestazione anche a titolo di promemoria per gli appuntamenti.
  (base giuridica: consenso dell'interessato);

I dati non saranno oggetto di diffusione ma potranno essere comunicati a:

- ATS competenti e alla regione, per esigenze gestionali, amministrative, contabili, di rimborso delle prestazioni offerte o di altri adempimenti previsti espressamente da leggi e/o regolamenti in vigore;
- le informazioni saranno condivise da parte di tutto il personale che fornirà nel tempo e a vario titolo assistenza sanitaria allo stesso (ad es., erogazione della prestazione, richiesta di consulenza etc…). Allo stesso titolo potranno avere accesso a tali informazioni il personale amministrativo per programmare e gestire nel migliore dei modi l'organizzazione dello studio;
- enti pubblici previdenziali ed assicurativi, casse di previdenza private;
- altri laboratori per esami, unicamente al fine di svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, quali farmaceutiche, specialistiche o ad altri laboratori protesici o ortodontici;
- compagnia assicurativa della società od ai legali della stessa per la tutela dei suoi operatori per le ipotesi di responsabilità;
- professionisti e/o società di servizi ai fini marketing (in caso di espressione di consenso positivo);
- professionisti per la gestione amministrativa e contabile;
- professionisti per l'amministrazione/gestione dei pazienti.
- soggetti che svolgono attività di elaborazione, registrazione ed archiviazione dati.

La manutenzione e l'aggiornamento del sistema informatico sono affidati ad una società esterna.
Le informazioni relative al suo stato di salute saranno comunicate a Lei personalmente tramite un medico della nostra struttura. Il referto Le verrà consegnato personalmente. Il ritiro del referto in busta chiusa potrà avvenire anche da parte di un suo familiare o conoscente, purché da lei espressamente autorizzato. Se l'interessato è un minorenne il ritiro della documentazione dovrà avvenire solo da chi esercita la patria potestà o salvo casi eccezionali dal suo medico di base. Se l'interessato è un soggetto sottoposto ad Amministrazione di sostegno il ritiro della documentazione dovrà avvenire solo dall'Amministratore di sostegno nominato.
Il referto potrà esserle inviato, se da Lei espressamente indicato, tramite le poste italiane all'indirizzo da Lei comunicato.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo inoltre che il titolare del trattamento le fornisce le seguenti ulteriori informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente:
a) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
b) la possibilità di ottenere il diritto all'oblio mediante la cancellazione, per quanto possibile, dei dati trattati senza ingiustificato ritardo ai sensi dell'art. 17 (Considerando 65 e 66) del Regolamento 679/2016;
c) la possibilità di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, di seguito link per modulistica:
http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924
d) l'obbligo di comunicazione da parte del titolare a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali delle eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunicherà all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda;
e) il diritto a non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona.
f) il diritto alla comunicazione di un'eventuale violazione dei suoi dati personali, il tutto senza ingiustificato ritardo e qualora la violazione sia suscettibile di presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà dell'interessato.
g) il diritto di revocare il proprio consenso prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Il consenso potrà essere revocato inviando una mail all'indirizzo info@villasantapollonia.it chiedendone la revoca;

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, l'interessato attesta di aver letto e ben compreso il contenuto dell'informativa consegnatagli alla reception ed altresì reperibile sul sito internet di "Villa Sant'Apollonia S.r.l." prestando il proprio consenso come segue:

il sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome_____

per proprio conto ovvero quale esercente la potestà genitoriale sul minore indicato (obbligatorio rilascio documenti di identità dei soggetti esercenti la potestà genitoriale in via congiunta o disgiunta) ovvero nella funzione di amministratore di sostegno (obbligatorio presentare decreto di nomina),

- Nominativo soggetti esercenti la responsabilità genitoriale/Amministratore_____

- Nominativo del minore/soggetto sottoposto ad Amministrazione di sostegno_____

AUTORIZZA

a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore,

l'utilizzo delle foto o video eventualmente ripresi per finalità di cura **durante l'erogazione dei trattamenti interessati a tale pratica** che ritraggono sé medesimo od il figlio,

per finalità, dimostrativo/comparative o didattiche anche attraverso la loro pubblicazione su carta, supporto elettronico e pubblicazione sul web, nonché autorizza la conservazione delle foto e degli audio/video stessi negli archivi informatici della Clinica **"Villa Sant'Apollonia S.r.l."** ***per un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati, non andando in ogni caso oltre le tempistiche riportate nel "Massimario di scarto" della Regione Lombardia già citato.*** La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare all'indirizzo di posta elettronica riportato nell'informativa.

La presente autorizzazione non consente l'uso delle fotografie e dei video in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del paziente e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Ove possibile e sempre nel rispetto delle finalità indicate nella presente autorizzazione, sarà cura dei soggetti incaricati acquisire immagini adeguatamente anonimizzate anche attraverso inquadrature ristrette o altre tecniche a tale scopo occorrenti.

Il sottoscritto, sia in proprio che nella qualità come sopra indicata, conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso.

Il conferimento del consenso è facoltativo. Il mancato consenso non permetterà l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.

Facoltativo ☐ Autorizzo l'utilizzo per finalità, dimostrativo/comparative o didattiche ☐ Non autorizzo firma _____

Potrà ricevere telefonate o messaggi, al numero di cellulare da Lei comunicato, da parte dei soggetti autorizzati relativi a variazioni dell'appuntamento o comunicazioni sulla prestazione anche a titolo di promemoria per gli appuntamenti da lei fissati presso la nostra struttura.

Essenziale per un corretto servizio al paziente ☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al fine di fornirle informazioni commerciali sui nostri prodotti e servizi (marketing)

Facoltativo ☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso E-mail _____

Il sottoscritto/a inoltre acconsente che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc…) possa essere affidata all'occorrenza:

☐ solo al sottoscritto ☐ a chiunque ne faccia richiesta ☐ a tutti i parenti di primo grado ☐ al coniuge

☐ alle seguenti persone_____

Data_____/___/_____ firma _____