

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018

Io sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018

dichiaro di essere stata informata di quanto segue:

1. l'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. intende procedere al trattamento dei dati di cui esso è o potrà venire a conoscenza per il compimento degli adempimenti inerenti lo svolgimento dell'attività sanitaria. Per tale ragione sono stato informata, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), che saranno oggetto di trattamento da parte della medesima azienda sanitaria sia i dati miei personali, quali i dati identificativi (anagrafici, sesso, residenza, ecc.) sia i dati definiti "sensibili" (i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, ecc.), la cui acquisizione, in ambito sanitario, è necessaria al fine di approfondire l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nonché di procedere alla regolare compilazione della cartella clinica e/o di altri documenti sanitari, sia taluni dati genetici. Il trattamento dei dati avverrà nei limiti e nel rispetto dei principi enunciati dal Regolamento, di necessità, liceità, correttezza, esattezza, proporzionalità, pertinenza e non eccedenza, conservazione per il tempo necessario allo scopo per il quale sono stati raccolti e trattati con modalità sia manuali, sia informatizzate, mediante il loro inserimento negli archivi correnti e/o storici ad accesso controllato/selezionato previa adozione delle misure di sicurezza di cui all'Art. 32 del Regolamento. I dati verranno trattati esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni relative alle procedure sanitarie ed amministrative secondo quanto disposto sia dalla legislazione vigente nazionale e regionale in materia, nonché dai contratti collettivi nazionali ed aziendali di lavoro e dai regolamenti interni.
2. Il conferimento di tali dati ha natura obbligatoria. L'eventuale rifiuto al conferimento dei miei dati personali comporterebbe l'impossibilità da parte dell'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. di erogare la prestazione di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per il cui scopo i dati stessi sono stati richiesti.
3. I miei dati saranno comunicati nell'ambito della struttura sanitaria al personale medico, infermieristico ed amministrativo per una pluralità di prestazioni sanitarie e amministrative/gestionali relative agli aspetti consentiti dagli scopi istituzionali. Tali dati personali saranno, altresì, comunicati a terzi, quali, in particolare: ATS, Regione, Istituto Superiore di Sanità (ex art. 11, comma 5 della L. 40/2004), Istituti previdenziali, assistenziali ed assicurativi, ed ad ulteriori terze parti nell'ambito di vertenze giudiziali e stragiudiziali. L'elenco completo dei soggetti a cui i dati personali sono stati o potranno essere comunicati è a mia disposizione, previa richiesta da effettuare tramite e-mail all'indirizzo privacy@ic-cittastudi.it.
4. I dati sanitari relativi alle prestazioni ricevute saranno messi a disposizione del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**. Il FSE è lo strumento con cui ricostruire la storia clinica del paziente/utente; costituisce infatti l'insieme dei dati e documenti digitali sanitari e socio-sanitari relativi a eventi clinici, anche passati. Il FSE è istituito, solo previo il mio consenso, dalla Regione Lombardia, che si occuperà anche della sua gestione tecnica e informatica, al fine di renderlo accessibile alle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei servizi socio-sanitari operanti su tutto il territorio nazionale. Sia l'istituzione del FSE che l'utilizzo dello stesso per finalità di cura potrà aver luogo solamente qualora io abbia espresso i relativi e specifici consensi, così come richiesto e precisato nel documento *"Informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato con il FSE"* che Regione Lombardia ha fornito ed ampiamente divulgato. In qualsiasi momento posso revocare il/i mio/miei consenso/i secondo le modalità riportate nelle *"Informazioni aggiuntive relative al FSE di Regione Lombardia"*. E' mio diritto richiedere l'oscuramento dei dati e dei documenti presenti nel FSE relativi a un determinato evento clinico. L'oscuramento può essere revocato nel tempo e può essere richiesto all'atto della prestazione medica o successivamente alla prestazione fruendo dell'apposita funzione del sito del FSE di Regione Lombardia oppure rivolgendosi alla struttura sanitaria che ha fornito la prestazione.
5. I miei dati (dati anagrafici; dati presenti nella ricetta; contatti telefonici e email) saranno trattati dagli addetti incaricati alla prenotazione con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e trasmessi attraverso reti telematiche; in particolare tramite i canali di contatto voce, chat, app, sms e email. I dati personali saranno trattati in conformità al principio di minimizzazione degli stessi sancito all'art. 5, par. 1, lett. c) del GDPR. La base giuridica del trattamento è costituita dal perseguimento di un legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi (art. 6 par. 1 lett. F) del Regolamento EU 2016/679) e dalla sussistenza di motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ed, in particolare, ai sensi dell'art. 2 *sexies* lett. v) del D.Lgs. 101/18 la programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria.
6. L'ICCS metterà a disposizione del mio **Dossier Sanitario** (uno strumento elettronico che consente ai medici curanti dell'ICCS di conoscere le prestazioni sanitarie erogate al paziente, in regime di ricovero e ambulatoriale, attraverso una visione globale, e il più possibile completa, delle criticità del paziente stesso) i dati sanitari relativi alle prestazioni che ricevo. Qualora non si intenda acconsentire, verranno comunque garantite le prestazioni mediche richieste.
7. Le informazioni relative al mio stato di salute, ad un mio eventuale ricovero, degenza o prestazione ambulatoriale presso l'Istituto potranno essere comunicati (salvo mia richiesta specifica di mantenere l'anonimato) **SOLAMENTE** ai prossimi congiunti o ad altre persone da me espressamente autorizzate.
8. I dati non sono attualmente oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server all'interno dell'UE e/o in Paesi Extra-UE, assicurando sin d'ora che il trasferimento dei dati Extra-UE avverrà in conformità agli artt. 44 ss. del Regolamento.
9. Io sottoscritto potrò, in ogni caso, far valere i diritti di cui agli Artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento il cui contenuto mi è stato esaurientemente illustrato, tramite mail a privacy@ic-cittastudi.it.
10. Il soggetto titolare del trattamento dei dati è la società Istituto Clinico Città Studi S.p.A. con sede in 20131 Milano, via Ampère n. 47, codice fiscale e partita IVA 09444340153. Il responsabile del trattamento dei dati sanitari per l'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. è il

Direttore Sanitario *pro tempore*. L'elenco completo dei responsabili al trattamento dei dati è disponibile presso la Direzione dell'Istituto Clinico.

11. L'Istituto ha nominato il **Data Protection Officer** (Responsabile della Protezione dei Dati) ai sensi dell'Articolo 37, incaricato di garantire il rispetto delle norme per la tutela della mia Privacy; tale soggetto potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei miei dati, ai seguenti recapiti (tel:02/23.93.4413; dpo@ic-cittastudi.it).

CONSENSO

Acquisite le informazioni che precedono, ai sensi degli Articoli 13 del Regolamento Europeo e all'art.79 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,

acconsento

al trattamento dei dati personali, come sopra descritto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
a rendere disponibili i dati sanitari relativi alle prestazioni che ricevo nel mio Dossier Sanitario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018

Io sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018

dichiaro di essere stata informato di quanto segue:

1. L'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. intende procedere al trattamento dei dati di cui esso è o potrà venire a conoscenza per il compimento degli adempimenti inerenti lo svolgimento dell'attività sanitaria. Per tale ragione sono stato informato, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), che saranno oggetto di trattamento da parte della medesima azienda sanitaria sia i dati miei personali, quali i dati identificativi (anagrafici, sesso, residenza, ecc.) sia i dati definiti "sensibili" (i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, ecc.), la cui acquisizione, in ambito sanitario, è necessaria al fine di approfondire l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nonché di procedere alla regolare compilazione della cartella clinica e/o di altri documenti sanitari, sia taluni dati genetici. Il trattamento dei dati avverrà nei limiti e nel rispetto dei principi enunciati dal Regolamento, di necessità, liceità, correttezza, esattezza, proporzionalità, pertinenza e non eccedenza, conservazione per il tempo necessario allo scopo per il quale sono stati raccolti e trattati con modalità sia manuali, sia informatizzate, mediante il loro inserimento negli archivi correnti e/o storici ad accesso controllato/selezionato previa adozione delle misure di sicurezza di cui all'Art. 32 del Regolamento. I dati verranno trattati esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni relative alle procedure sanitarie ed amministrative secondo quanto disposto sia dalla legislazione vigente nazionale e regionale in materia, nonché dai contratti collettivi nazionali ed aziendali di lavoro e dai regolamenti interni.
2. Il conferimento di tali dati ha natura obbligatoria. L'eventuale rifiuto al conferimento dei miei dati personali comporterebbe l'impossibilità da parte dell'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. di erogare la prestazione di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per il cui scopo i dati stessi sono stati richiesti.
3. I miei dati saranno comunicati nell'ambito della struttura sanitaria al personale medico, infermieristico ed amministrativo per una pluralità di prestazioni sanitarie e amministrative/gestionali relative agli aspetti consentiti dagli scopi istituzionali. Tali dati personali saranno, altresì, comunicati a terzi, quali, in particolare: ATS, Regione, Istituto Superiore di Sanità (ex art. 11, comma 5 della L. 40/2004), Istituti previdenziali, assistenziali ed assicurativi, ed ad ulteriori terze parti nell'ambito di vertenze giudiziali e stragiudiziali. L'elenco completo dei soggetti a cui i dati personali sono stati o potranno essere comunicati è a mia disposizione, previa richiesta da effettuare tramite e-mail all'indirizzo privacy@ic-cittastudi.it.
4. I dati sanitari relativi alle prestazioni ricevute saranno messi a disposizione del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**. Il FSE è lo strumento con cui ricostruire la storia clinica del paziente/utente; costituisce infatti l'insieme dei dati e documenti digitali sanitari e socio-sanitari relativi a eventi clinici, anche passati. Il FSE è istituito, solo previo il mio consenso, dalla Regione Lombardia, che si occuperà anche della sua gestione tecnica e informatica, al fine di renderlo accessibile alle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei servizi socio-sanitari operanti su tutto il territorio nazionale. Sia l'istituzione del FSE che l'utilizzo dello stesso per finalità di cura potrà aver luogo solamente qualora io abbia espresso i relativi e specifici consensi, così come richiesto e precisato nel documento *"Informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato con il FSE"* che Regione Lombardia ha fornito ed ampiamente divulgato. In qualsiasi momento posso revocare il/i mio/miei consenso/i secondo le modalità riportate nelle *"Informazioni aggiuntive relative al FSE di Regione Lombardia"*. E' mio diritto richiedere l'oscuramento dei dati e dei documenti presenti nel FSE relativi a un determinato evento clinico. L'oscuramento può essere revocato nel tempo e può essere richiesto all'atto della prestazione medica o successivamente alla prestazione fruendo dell'apposita funzione del sito del FSE di Regione Lombardia oppure rivolgendosi alla struttura sanitaria che ha fornito la prestazione.
5. I miei dati (dati anagrafici; dati presenti nella ricetta; contatti telefonici e email) saranno trattati dagli addetti incaricati alla prenotazione con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e trasmessi attraverso reti telematiche; in particolare tramite i canali di contatto voce, chat, app, sms e email. I dati personali saranno trattati in conformità al principio di minimizzazione degli stessi sancito all'art. 5, par. 1, lett. c) del GDPR. La base giuridica del trattamento è costituita dal perseguimento di un legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi (art. 6 par. 1 lett. F) del Regolamento EU 2016/679) e dalla sussistenza di motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ed, in particolare, ai sensi dell'art. 2 *sexies* lett. v) del D.Lgs. 101/18 la programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria.
6. L'ICCS metterà a disposizione del mio **Dossier Sanitario** (uno strumento elettronico che consente ai medici curanti dell'ICCS di conoscere le prestazioni sanitarie erogate al paziente, in regime di ricovero e ambulatoriale, attraverso una visione globale, e il più possibile completa, delle criticità del paziente stesso) i dati sanitari relativi alle prestazioni che ricevo. Qualora non si intenda acconsentire, verranno comunque garantite le prestazioni mediche richieste.
7. Le informazioni relative al mio stato di salute, ad un mio eventuale ricovero, degenza o prestazione ambulatoriale presso l'Istituto potranno essere comunicati (salvo mia richiesta specifica di mantenere l'anonimato) **SOLAMENTE** ai prossimi congiunti o ad altre persone da me espressamente autorizzate.
8. I dati non sono attualmente oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server all'interno dell'UE e/o in Paesi Extra-UE, assicurando sin d'ora che il trasferimento dei dati Extra-UE avverrà in conformità agli artt. 44 ss. del Regolamento.
9. Io sottoscritto potrò, in ogni caso, far valere i diritti di cui agli Artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento il cui contenuto mi è stato esaustivamente illustrato, tramite mail a privacy@ic-cittastudi.it.
10. Il soggetto titolare del trattamento dei dati è la società Istituto Clinico Città Studi S.p.A. con sede in 20131 Milano, via Ampère n. 47, codice fiscale e partita IVA 09444340153. Il responsabile del trattamento dei dati sanitari per l'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. è il

Direttore Sanitario *pro tempore*. L'elenco completo dei responsabili al trattamento dei dati è disponibile presso la Direzione dell'Istituto Clinico.

11. L'Istituto ha nominato il **Data Protection Officer** (Responsabile della Protezione dei Dati) ai sensi dell'Articolo 37, incaricato di garantire il rispetto delle norme per la tutela della mia Privacy; tale soggetto potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei miei dati, ai seguenti recapiti (tel:02/23.93.4413; dpo@ic-cittastudi.it).

CONSENSO

Acquisite le informazioni che precedono, ai sensi degli Articoli 13 del Regolamento Europeo e all'art.79 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,

acconsento

al trattamento dei dati personali, come sopra descritto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
a rendere disponibili i dati sanitari relativi alle prestazioni che ricevo nel mio Dossier Sanitario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Data _____ Firma _____