

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

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

**dichiaro di essere stato/a informato/a di quanto segue:**

1. L'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. intende procedere al trattamento dei dati di cui essa 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, 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. 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 e 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. 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, 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 disposizione, previa richiesta da effettuare tramite e-mail all'indirizzo [privacy@ic-cittastudi.it](mailto:privacy@ic-cittastudi.it).
3. 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.
4. Io sottoscritto/a 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](mailto:privacy@ic-cittastudi.it).
5. 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 è il Direttore Sanitario pro tempore. L'elenco completo dei responsabili al trattamento dei dati è disponibile presso la Direzione dell'Istituto Clinico.
6. 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 Sua Privacy; tale soggetto potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei Suoi dati, ai seguenti recapiti (tel:02/23.93.4413; [dpo@ic-cittastudi.it](mailto:dpo@ic-cittastudi.it))

Il conferimento dei miei 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.

Acquisite le informazioni che precedono, ai sensi degli Articoli 6, 7 e 13 del Regolamento, dell'Art. 2 -sexies del D.Lgs 101/2018, **acconsento al trattamento dei dati personali, come sopra descritto.**

Inoltre,

**Previo consenso**, l'ICCS metterà a disposizione del mio **Fascicolo Sanitario Elettronico** (uno strumento elettronico che rende disponibile la mia storia medica agli operatori socio-sanitari, anche di strutture diverse, ovvero al Medico di Medicina Generale) i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo. Sono altresì a conoscenza del fatto che mi è possibile richiedere a questa Azienda Sanitaria che tali dati siano da essa messi a disposizione del mio FSE in modalità "oscurata", in modo che per il loro utilizzo sia ogni volta necessario che io acconsenta, mediante la mia Carta CRS e digitando il PIN. Sono infine a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato. Qualora non si intenda acconsentire, verranno comunque garantite le prestazioni mediche richieste.

**Acconsento**

**Non acconsento**

**Previo consenso**, 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 sanitarie che ricevo. Qualora non si intenda acconsentire, verranno comunque garantite le prestazioni mediche richieste.

**Acconsento**

**Non acconsento**

**Previo mio consenso**, i miei dati personali possono essere utilizzati per **ricordare con SMS la data di prenotazione di appuntamenti fissati**, In questo caso, è indispensabile fornire un numero di cellulare, che garantisca la necessaria riservatezza. Qualora non si intenda acconsentire, verranno comunque garantite le prestazioni mediche richieste.

**Acconsento**

**Non acconsento**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

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