

**Riservato all'ufficio:**

N. PROTOCOLLO AZIENDALE _____ PRATICA URP _____

Autorizzazione a dare informazioni sanitarie e Consenso Privacy

La sig.ra/Il sig. (nome e cognome) _____

residente a _____ via _____ n. data

di nascita ___/___/_____ Codice Fiscale _____ tel. _____

Dati di contatto personali: cell. _____ email _____

Documento d'Identità (da allegare in copia): tipo: _____ n. _____

AUTORIZZA la sig.ra / il sig.:

nome e cognome _____

residente a _____ via _____ n. _____

**AD ACCEDERE AI PROPRI DATI PERSONALI E PARTICOLARI, COMPRESI QUELLI RELATIVI
AL PROPRIO STATO DI SALUTE**

Inoltre, prende atto che:

questo documento costituisce il consenso a trattare i propri dati personali e particolari, ai sensi degli artt. 6 e 9 del GDPR (Regolamento UE n.679/2016), ad a comunicarli alla persona sopra indicata nell'ambito della segnalazione fatta all'Ufficio Relazioni col Pubblico della ASST.

Tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati in questo caso all'ASST Brianza, ovvero altrimenti acquisiti dall'ASST durante la gestione di questa segnalazione, saranno trattati esclusivamente per le finalità di istruire e completare l'iter della pratica, oppure per obblighi istituzionali, amministrativi o di legge derivanti da questa attività e, comunque, nel pieno rispetto delle prescrizioni previste dal GDPR e dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

Il trattamento in oggetto si basa sul suo libero consenso (art. 6 par. 1 lett. a) e art. 9, par. 2, lett. a) GDPR). Si precisa che tale consenso è facoltativo e revocabile e che in caso di diniego, le saranno comunque garantite le prestazioni sanitarie richieste. Si precisa, inoltre, che l'eventuale revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento eseguito in precedenza.

Il trattamento prevede lo svolgimento delle operazioni di raccolta, registrazione, conservazione, copia, modificazione e cancellazione dei dati personali mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alla finalità sopra espressa da personale autorizzato e debitamente designato dall'ASST ed, eventualmente, con la collaborazione di soggetti terzi espressamente nominati Responsabili ex art. 28 GDPR dal Titolare del Trattamento, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il dati personali qui raccolti saranno conservati per un massimo di 10 anni e possono essere comunicati ad altri soggetti solo nel caso in cui questo sia obbligatorio per legge o regolamento.

L'Interessato, dopo aver prestato questo consenso, può esercitare in ogni momento il diritto di revoca dello stesso, nonché i diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR e può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora ritenga che il trattamento effettuato violi o sia in contrasto con la normativa italiana e/o europea in materia.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza, con sede legale in via Santi Cosma e Damiano n. 10 – 20871 Vimercate, nella persona del Direttore Generale, contattabile a questo indirizzo oppure all'indirizzo e-mail ufficio.protocollo@asst-brianza.it e tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.asst-brianza.it e il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) è contattabile per posta ordinaria allo stesso recapito, oppure per mail agli indirizzi rpd@asst-brianza.it e rpd@pec.asst-brianza.it

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
05/05/2022	Autorizzazione_Informazioni Sanitarie_Consenso Privacy (MO 256)	30/08/2023	01	1 di 1