

## Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 679/2016 e consenso

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), e in relazione ai dati personali di cui lo studio entrerà nella disponibilità con l'affidamento della Sua pratica, Le comunichiamo quanto segue:

### **Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali**

Titolare del trattamento è la ASL Teramo in persona del suo Responsabile, Direttore Medico del Servizio SERT, dott.

### **Finalità del trattamento dei dati**

Il servizio affronta le problematiche legate alla dipendenza patologica di sostanze quali eroina - cocaina - amfetamina - allucinogeni - hashish - marijuana - alcol - psicofarmaci - nuove droghe (extasy, ketamina) - tabacco - gioco d'azzardo - altre dipendenze patologiche

Gli interventi effettuati dall'Unità Operativa Ser.T. sono gratuite. Per l'accesso al Servizio non è necessaria alcuna prescrizione da parte di altri Servizi Sanitari.

Le attività del Servizio sono essenzialmente attività di orientamento, diagnosi, terapia e riabilitazione rivolta a persone con abuso e/o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali, e comportamenti assimilabili, ossia:

- Informazioni, accoglienza e orientamento
- Accertamenti clinici
- visite mediche,
- analisi di laboratorio, anche per patologie correlate,
- ricerca per il virus HIV (questo esame possono effettuarlo anche persone non alcol-o tossico-dipendenti),
- Trattamenti farmacologici
- Colloqui psicologici
- Psicoterapie individuali, familiari e di gruppo
- Sostegno sociale

A questi vanno aggiunti trattamenti riabilitativi, quali:

- Inserimenti in Comunità Terapeutiche
- Inserimenti in Centri Diurni
- Inserimenti lavorativi
- Interventi di recupero in favore di soggetti detenuti, in collaborazione con il Servizio Tutela Salute in Carcere

Ed in fine educativi e di sostegno individuali e di gruppo

- visite e certificazioni per Commissione Patenti,
- accertamenti di dipendenza per mansioni a rischio,
- programmi Prefettura
- Interventi di prevenzione rivolti al mondo della scuola, ai luoghi del divertimento giovanile e al mondo del lavoro

Il trattamento è finalizzato alla corretta e completa esecuzione delle attività di cui sopra. Per le attività di assistenza distrettuale e ospedaliera al paziente verrà richiesto un ulteriore consenso a comunicare i dati ad esso legato: in caso di negazione del consenso il paziente non potrà essere sottoposto ad ulteriori trattamenti terapeutici.

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate.

### **Base giuridica del trattamento**

Il Legale Rappresentante e i responsabili incaricati trattano i Suoi dati personali lecitamente, laddove il trattamento:

- sia necessario all'esecuzione di attività di prevenzione e di assistenza come prima indicati;
- sia necessario per adempiere un obbligo legale incombente;
- sia basato sul consenso espresso.

### **Conseguenze della mancata comunicazione dei dati personali**

Con riguardo ai dati personali relativi all'esecuzione delle attività di prevenzione e di assistenza di cui Lei è parte o relativi all'adempimento ad un obbligo normativo (ad esempio gli adempimenti legati alla tenuta delle scritture contabili e fiscali, agli eventi legati alla prevenzione e all'assistenza), la mancata gestione dei dati personali impedisce il perfezionarsi del rapporto tra LEI e la ASL Teramo.

### **Conservazione dei dati**

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo di durata dettata dalla legislazione vigente e, successivamente, per il tempo in cui il Legale Rappresentante sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previsti, da norme di legge o regolamento.

### **Comunicazione dei dati**

I Suoi dati personali potranno essere comunicati a:

- consulenti o altri legali che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati;
- soggetti che elaborano i dati in esecuzione di specifici obblighi di legge;
- Autorità giudiziarie o amministrative, per l'adempimento degli obblighi di legge.

### **Profilazione e Diffusione dei dati**

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato. L'unica profilazione è relativa alla gestione dei referti on line di Laboratorio.

### **Diritti dell'interessato**

Tra i diritti a Lei riconosciuti dal GDPR rientrano quelli di:

- chiedere al Legale Rappresentante l'accesso ai suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la cancellazione dei dati personali che La riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del GDPR);
- richiedere ed ottenere dal Legale Rappresentante - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso, e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);
- opporsi in qualsiasi 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 (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;
- Segnalare eventuali problemi al DPO (Data Protection Officer)/RPD (Responsabile della Protezione dei Dati) all'indirizzo e mail [dpoprivacy@aslteramo.it](mailto:dpoprivacy@aslteramo.it)

DA RESTITUIRE COMPILATO ALL'AZIENDA SANITARIA  
Consenso generale all'uso dei dati

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ fiscale  
\_\_\_\_\_ Assistito/a dall'Azienda Sanitaria di Teramo, con sede legale in  
Teramo,

**premess**

di essere stato/a informato/a sull'utilizzo dei propri dati di salute

**presta il proprio consenso**

affinché l'Azienda Sanitaria di Teramo utilizzi tali dati per attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione,

SI  NO

Luogo/data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito/a \_\_\_\_\_

**In qualità di esercente la responsabilità genitoriale o il tutore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di  
validità \_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il soggetto che rappresenta l'assistito in caso di incapacità naturale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di validità  
\_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DA RESTITUIRE COMPILATO ALL'AZIENDA SANITARIA  
Consenso accertamenti clinici specifici

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Assistito/a dall'Azienda Sanitaria di Teramo, con sede legale in  
Teramo,

**premess**

di essere stato/a informato/a sull'utilizzo dei propri dati di salute

**presta il proprio consenso**

alla raccolta delle proprie urine sotto il controllo visivo degli operatori del SERTa ciò deputati ogni qualvolta questo servizio lo riterrà opportuno e alla trasmissione dei propri dati ad altro servizio di codesta ASL al fine della fruizione delle prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale nonché dalla commissione Medica Patenti di Guida dalle strutture riabilitative del privato sociale; consapevole della necessità che i campioni di urine analizzati siano sicuramente provenienti dal soggetto interessato e siano oggetto di alcun tipo di manipolazione e/o mistificazione tesa ad alterare la legalità e le caratteristiche chimiche proprie

SI  NO

Luogo/data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito/a \_\_\_\_\_

**In qualità di esercente la responsabilità genitoriale o il tutore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di  
validità \_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il soggetto che rappresenta l'assistito in caso di incapacità naturale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di validità  
\_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DA RESTITUIRE COMPILATO ALL'AZIENDA SANITARIA  
Consenso accertamenti clinici specifici

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ fiscale  
\_\_\_\_\_ Assistito/a dall'Azienda Sanitaria di Teramo, con sede legale in  
Teramo,

**premess**

di essere stato/a informato/a sull'utilizzo dei propri dati di salute

**presta il proprio consenso**

all'effettuazione di prelievo ed analisi ematochimiche reso edotto e consapevole dell'utilità di sottoporsi a tali analisi anche al fine di rilevare virus dell'immunodeficienza umana e del fatto che tali dati potranno essere trasmessi al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale nonché alla commissione Medica Patenti di Guida dalle strutture riabilitative del privato sociale

SI  NO

Luogo/data \_\_\_\_\_ Firma dell'assistito/a \_\_\_\_\_

**In qualità di esercente la responsabilità genitoriale o il tutore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di  
validità \_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Il soggetto che rappresenta l'assistito in caso di incapacità naturale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ estremi del documento di identità in corso di validità  
\_\_\_\_\_  presta  nega il consenso all'uso dei dati in nome e per conto di

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_