

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 comuniciamo quanto segue:

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali

Titolare del trattamento è la ASL Teramo in persona del suo Responsabile, Dr. Massimo Forlini Dirigente responsabile U.O Medicina Penitenziaria ASL Teramo.

Finalità del trattamento dei dati

Al servizio dell'U.O. di Medicina penitenziaria afferiscono i minori e giovani/adulti dell'area penale esterna cioè tutti i ragazzi che si trovano implicati in un procedimento penale "a piede libero" o in misure alternative al carcere nella provincia di Teramo

Alla medicina penitenziaria è affidato il compito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in carcere, considerando la situazione limitativa imposta al paziente, al fine di assicurare i necessari indici di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura e il rispetto del paziente detenuto. Tra le operazioni di cura rientra il lavoro psicologico i cui obiettivi sono:

- fornire un profilo di personalità del minore ai sensi degli artt. 6 e 9 DPR n°448/88 ed eventuali indicazioni di intervento all'interno del procedimento penale aperto a suo carico dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni competente per territorio;
- fornire un sostegno/consulenza psicologica al/alla minore, ai genitori, alla famiglia in ogni fase del procedimento penale almeno fino alla sua chiusura; Fornire consulenza psicologica agli operatori della Giustizia Minorile
- colloquio clinico, test psicologici, analisi della documentazione sanitaria eventualmente prodotta.

La relazione di valutazione viene inviata Esclusivamente all'Ufficio di servizio sociale per i minorenni (U.S.S.M) della Giustizia Minorile (o altri uffici della Giustizia) che provvederà all'invio all'Autorità Giudiziaria del Tribunale per i minorenni oltre a soggetti terzi presenti nella ASL Teramo.

I dati trattati vengono conservati all'interno di un fascicolo cartaceo dentro il quale è presente la documentazione di invio da parte della Giustizia, la documentazione giuridica riguardante il procedimento penale in corso, eventuale documentazione sanitaria e sociale acquisita per lo studio del caso. I fascicoli sono conservati in ufficio in appositi armadi chiusi. I dati anagrafici del paziente e della famiglia sono conservati all'interno di un Data Base su di una postazione cui è possibile l'accesso da parte esclusivo del Responsabile previa autenticazione. Parte di questi dati vengono utilizzati per studi di tipo scientifico ed epidemiologico e conservati fino a comunicazione da parte della magistratura incaricata

Il trattamento è finalizzato alla corretta e completa esecuzione delle attività di cui sopra.

In caso di **negazione del consenso il paziente non potrà essere sottoposto ad ulteriori trattamenti terapeutici se non tramite ordinanza giudiziaria.**

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 e/o legalie comunque finché non venga fatta debita richiesta da parte delle autorità giudiziarie.

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.

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

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 a 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 dall'autorità Giudiziaria; 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 all'autorità Giudiziaria

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 _____