Gentile utente,
al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all'art. 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL Teramo.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la ASL 4 Teramo, con sede in Circ.ne Ragusa n.1, 64100 Teramo, Tel. 0861 4291, fax 0861 241213, Posta Elettronica Certificata: aslteramo@raccomandata.eu, Centralino Telefonico 0861 4291.

Il Responsabile per la Protezione Dati – RDP (o DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL 4 Teramo, con sede in Circ.ne Ragusa n.1, 64100 Teramo, E-mail: dpoprivacy@aslteramo.it, P.E.C. dpo@pec.aslteramo.it, Telefono: 0861.420223.

Finalità del trattamento

I trattamenti di dati effettuati dalla ASL Teramo nell'ambito del servizio psicologico dell'U.O. di Medicina Penitenziaria relativi ai minori e i giovani dell'area penale esterna (minori e giovani implicati in un procedimento penale "a piede libero" o in misura alternative al carcere nella provincia di Teramo) avvengono per le seguenti finalità:

- 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;
- promuovere la salute del minore con disturbo da uso di sostanze o disturbo da gioco d'azzardo (SERD);
- eseguire colloquio clinico, test psicodiagnostici, analisi della documentazione sanitaria utile ai fini della valutazione psicologica eventualmente prodotta;
- adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

Base giuridica

Il trattamento necessario per i seguenti motivi richiede la sola somministrazione delle informazioni all'interessato:

- finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione/Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità, (art. 9, par. 2, lett. h) e par. 3 del Regolamento e considerando n. 53; art. 75 del Codice) effettuati da (o sotto la responsabilità di) un professionista sanitario soggetto al segreto professionale o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza;

- il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetta la Asl di Teramo, in qualità di Titolare del trattamento (art. 6.1.c, del Regolamento, art.2-ter Dlgs n.196/2003).

I trattamenti relativi alla attività di gestione organizzativa, ricontatto, comunicazioni al paziente e/o altri soggetti a mezzo telefonico e/o email per l'erogazione della prestazione, richiedono una distinta base giuridica da individuarsi nel consenso dell'interessato (artt. 6.1.a e 9.2.a del Regolamento).
Pertanto si prega di leggere il consenso che segue la presente informativa, ove sono riportate le finalità di trattamento per le quali è richiesto il Consenso e tenere presente che Lei ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

I Suoi dati saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.
La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata da quanto previsto nel "Prontuario di selezione per gli archivi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" approvato con Deliberazione n° 128 del 3 marzo 2015 e pubblicato sul sito della ASL Teramo: https://www.aslteramo.it/azienda/privacy/.

Categorie di Dati Personali

- *Dati personali (art. 4.1 del Regolamento):* nome, cognome, codice fiscale, dati relativi all'ubicazione, ecc.
- *Particolari categorie di dati personali (art. 9 del Regolamento):* dati relativi alla salute dell'interessato, dati relativi all'origine razziale o etnica, dati relativi alle convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- *Dati personali relativi a condanne penali e reati (art. 10 del Regolamento).*

Ambito di comunicazione dei dati (destinatari)

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco);
- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità;
- ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda);
- all' Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

La Asl Teramo, di norma, non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi. È, però, possibile che i dati personali siano trasferiti verso Paesi terzi, esterni all'Unione Europea, se ciò è previsto da un obbligo di legge oppure in assolvimento di obblighi contrattuali verso un soggetto nominato dalla ASL quale Responsabile del trattamento, ovvero nell'ambito di attività di ricerca e sperimentazione. I trasferimenti verso Paesi extra UE saranno effettuati soltanto nel pieno rispetto della normativa, anzitutto verificando se quel Paese offra un livello adeguato di protezione dei dati personali; in mancanza di tale requisito il Titolare o il Responsabile del trattamento attuerà le garanzie a tutela dell'interessato previste dalla normativa stessa (tra cui, in alcuni casi, la richiesta di consenso al trasferimento).

Modalità di trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.
I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).
Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento. La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto i dati sono indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali della ASL e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare la prestazione da lei richiesta ad eccezione dei trattamenti urgenti. Il conferimento dei dati è facoltativo nei casi di dati forniti volontariamente dall'Interessato e in tutti i casi in cui non sia prevista l'obbligatorietà del conferimento sulla base di specifica previsione normativa.

Diritti dell'interessato

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- accesso (art. 15 del Regolamento);
- rettifica (art. 16 del Regolamento);
- cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c);
- limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento);
- portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3);
- opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento).

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Titolare del trattamento contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Diritto di revoca del consenso

Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
Lei può esercitare tale diritto mediante compilazione del consenso che segue la presente informativa.

Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, Piazza Venezia n. 11- 00187 Roma (Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785, Posta elettronica: protocollo@gpdp.it) come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa di cui sopra, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto_____nato_____ _____il_____/_____/____, residente a_____ in via _____ C.F. _____. In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____

  SI □ NO □ REVOCA □ (se precedentemente prestato)

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: @_____

  SI □ NO □ REVOCA □ (se precedentemente prestato)

- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:
  - o a nessuno
  - o al proprio medico curante _____
  - o a _____

  SI □ NO □ REVOCA □ (se precedentemente prestato)

- Che tali dati potranno essere trattati in forma pseudonimizzata, ossia anonima, per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall'art. 5.1 lett. b) del Regolamento;

  SI □ NO □ REVOCA □ (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato _____ Data _____

Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____

Data _____/_____/_____

OVVERO

Firma del Genitore _____ Data _____

Doc. n _____

(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

OVVERO

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (in stampatello):

_____

Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____

Data _____/_____/_____

o Familiare (indicare il rapporto di parentela):

o Convivente

o Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

o Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Firma del dichiarante _____ Data _____