



AVVISO SULLA PRIVACY

MD PS Day-Surgery 1-19

Rev.6

Data 27 aprile 2011

Pag 1 di 2

S.I.S.Me.R.

Gentile utente,

in ottemperanza al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, (Codice in materia di protezione dei dati personali, comunemente detto Privacy) Le trasmettiamo le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, alla natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Titolare e responsabile, finalità del trattamento

È titolare di ogni trattamento dei Suoi dati : S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna ; i trattamenti potranno riguardare la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, cancellazione e distruzione dei sui dati per fini di erogazione di servizi sanitari specialistici in ginecologia e/o procreazione medica assistita.

Tipologia di dati trattati

Per l'esercizio delle prestazioni sanitarie S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna ha necessità di venire a conoscenza di dati definiti dalla legge "identificativi" (i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato) e "sensibili" (sono i cd. dati personali idonei a rivelare ad es. l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché in particolare, per quanto concerne le attività specifiche di S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna , i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, necessari e trattati ai fini di procreazione medica assistita).

Modalità del trattamento

Per l'erogazione delle attività collaterali a quelle mediche (es. attività di segreteria, definizione appuntamenti; gestione amministrativa; attività di reception ambulatoriale e di sala operatoria) il trattamento dei Suoi dati anagrafici presso S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna sarà effettuato da personale qualificato ed adeguatamente formato con l'ausilio di sistemi informatici e manuali cartacei.

I Suoi dati saranno inseriti nel data base di S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna , per avere quanto più possibile, il Suo quadro clinico completo e aggiornato.

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati personali e sensibili, di cui al rapporto di cura e assistenza in essere (ivi compresi eventuali dati personali inerenti lo stato di salute, la vita sessuale , l'origine razziale ed etnica) a seguito della Sua dichiarazione di consenso al trattamento saranno trattati dalla S.I.S.M.E.R. s.r.l. in ottemperanza ai requisiti cogenti e non saranno oggetto di diffusione; saranno comunicati a terzi solo nei casi previsti dalla Legge (es. Istituto Superiore di Sanità di Roma) o per necessità sanitarie e/o per esami di laboratorio. Il trattamento dei dati personali , quali ad es. referti e risultati di indagini diagnostiche, potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici (via E-mail) e/o automatizzati, oltre che manuali, esclusivamente per finalità riguardanti l'esecuzione delle obbligazioni di cui al rapporto di cura e assistenza richiesto.

Qualora si dovesse rendere necessaria la collaborazione di laboratori e centri medici esterni per effettuare le analisi cliniche indispensabili al Suo iter diagnostico-terapeutico (es. analisi citologiche , biopsie, pap test e analisi ultrascreening), queste saranno eseguite usando metodologie definite dalle strutture stesse, e di cui queste risultano titolari e/o responsabili del trattamento. In quest'ultimo caso S.I.S.M.E.R srl via Mazzini 12 Bologna assicura che i professionisti e le strutture sanitarie di riferimento forniscono adeguate garanzie di affidabilità e riservatezza.

Per fini clinici e/o per lo svolgimento di attività statistiche interne alla S.I.S.M.E.R. s.r.l. eventuali dati, immagini o altro sono diffusi (pubblicazioni , presentazioni congressi, statistiche) in forma anonima.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati è per Lei obbligatorio in quanto necessario per l'assolvimento di obblighi contrattuali, amministrativi e imposti dalla normativa sanitaria. Il mancato conferimento dei dati sensibili inerenti lo stato di salute attuale e l'anamnesi può comportare l'impossibilità per il personale medico o paramedico di erogare la prestazione richiesta.

Diritti dell'interessato

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere dal responsabile del trattamento (referente è il dott. Daniele Barnabè) informazioni sulla gestione dei Suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata nonché: 1) la conferma dell'esistenza dei dati e la comunicazione degli stessi e della loro origine; 2) gli estremi identificativi del Titolare e dei Responsabili nonché i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati; 3) l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati; 4) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge; 5) l'attestazione che le operazioni di cui ai punti 3) e 4) sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati e diffusi, con



S.I.S.Me.R.

AVVISO SULLA PRIVACY

MD PS Day-Surgery 1-19
Rev.6
Data 27 aprile 2011
Pag 2 di 2

eccezione del caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; 6) di opporsi al trattamento dei dati, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, per motivi legittimi; al trattamento dei dati per fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi dell'articolo 23 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

Residente in Via _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

TEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

Documento No. _____ Rilasciato da _____ il _____

reso edotto sui propri diritti, dopo aver attentamente letto **l'informativa sopra riportata** si esprime in merito dando il proprio libero consenso al trattamento elencato nel presente documento e autorizza **S.I.S.ME.R srl via Mazzini 12 Bologna** al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, per le finalità indicate nell'informativa e per la durata strettamente necessaria.

Luogo e Data _____ Firma _____

La sottoscritta COGNOME _____ NOME _____

Residente in Via _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

TEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

Documento No. _____ Rilasciato da _____ il _____

resa edotta sui propri diritti, dopo aver attentamente letto **l'informativa sopra riportata** si esprime in merito dando il proprio libero consenso al trattamento elencato nel presente documento e autorizza **S.I.S.ME.R srl via Mazzini 12 Bologna** al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, per le finalità indicate nell'informativa e per la durata strettamente necessaria.

Luogo e Data _____ Firma _____

Gli **esami diagnostici** eseguiti presso S.I.S.ME.R. , la **relazione del trattamento ed eventuali informazioni sull'andamento del ciclo** potranno essere inviati a Lei o al/ai medico/i (che deve indicare a mano nello spazio sottostante), anche via E-mail o SMS:

Autorizzazione alla comunicazione dei dati personali e sensibili

Autorizzo a comunicare i miei dati personali, anche sensibili, a:

Signor _____ data _____ ♂ Firma _____

Autorizzo a comunicare i miei dati personali, anche sensibili, a :

Signora _____ data _____ ♀ Firma _____