



INFORMATIVA SINTETICA e CONSENSO
ai sensi del Regolamento UE sulla Privacy (2016/679)
e del Codice Privacy (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196
e successive modifiche ed integrazioni).

Gentile Signore/a,

la **Clinique Visage S.r.l.** con sede in Via Pablo Neruda, 11 – Aversa (CE), C.F. e Partita I.V.A. 04522240615, e-mail centrochir@gmail.com, sito www.drumbertotozzi.it, desidera informarLa che il Regolamento UE sulla Privacy (2016/679) ed il Codice Privacy (D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni), prevedono il diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche "GDPR 2016/679"), il trattamento di tali dati si svolgerà nel rispetto dei Suoi diritti e delle libertà fondamentali, nonché della Sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei Suoi dati personali.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie fornite e nel corso dello svolgimento delle stesse, la **Clinique Visage S.r.l.** si troverà a raccogliere e trattare i suoi dati personali comuni e sensibili.

Le specifichiamo sin d'ora per chiarezza, le seguenti definizioni date dal Regolamento 2016/679: Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione; Dato personale: qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale; Dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.

Natura del conferimento

Il rifiuto a fornire i dati o l'opposizione integrale/parziale al loro trattamento, potrà comportare comunque l'impossibilità, nostro malgrado, di fornirle i servizi sanitari richiesti;

il diniego all'utilizzo dei dati per le finalità alle comunicazioni commerciali: non avrà invece alcuna conseguenza sulla fruizione dei servizi sanitari, sul riconoscimento di vantaggi legati a promozioni o sui rapporti intercorrenti.

Finalità alle comunicazioni commerciali

I suoi dati (non sensibili) potranno essere utilizzati, solo ed esclusivamente previo suo libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso revocabile in qualsiasi momento, per l'invio di promozioni/materiale/comunicazioni pubblicitarie tramite posta, e-mail, fax, sms, mms, APP, *social* e similari; dopo aver espresso il consenso è comunque suo diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei suoi dati per la presente finalità.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti, nel rispetto delle misure di sicurezza di cui all'art. 32 del GDPR 2016/679, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e nel rispetto dei tempi prescritti dalla legge.

I suoi dati relativi alla prestazione sanitaria saranno conservati per il tempo previsto dalla normativa sanitaria e dai tempi di conservazione idonei per garantire l'eventuale tutela della struttura in tema di Responsabilità Sanitaria.

I dati per l'invio di comunicazioni e informative commerciali per non oltre 2 anni dalla loro raccolta.

Ambito di comunicazione e diffusione

Senza la necessità di un espresso consenso (ex art. 24 lett. a), b), d) Codice Privacy e art. 6 lett. b) e c) GDPR), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati a soggetti terzi, quali ad esempio strutture legate al Sistema Sanitario Nazionale, Regioni, ASL o ad enti assicurativi, ad enti di assistenza e previdenza (INPS, INAIL, etc.), ad esercenti le professioni sanitarie per consulenze di natura specialistica; al medico di famiglia; ad Ospedali, a Case di Cura, a Laboratori di analisi, a Centri Trapianti, solo per assolvere ad obblighi di legge o di natura contrattuale, a Organismi di Vigilanza, Autorità Giudiziarie, nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette.

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. I dati non saranno in nessun caso diffusi

Responsabili ed incaricati aziendali preposti al trattamento

I dati saranno trattati esclusivamente dai responsabili ed incaricati aziendali del settore medico, paramedico, amministrativo, marketing, CED e commerciale, appositamente autorizzati dal Titolare.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy e degli artt. 15-22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati;

ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

ottenere la limitazione del trattamento;

ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

Ha infine diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo (per l'Italia il Garante Privacy).

Il titolare del trattamento è la **Clinique Visage S.r.l.**, nella persona del Legale Rappresentante **dott. Umberto Tozzi**.

Ufficio Privacy presso la in Via Pablo Neruda, 11 – Aversa (CE), C.F. e Partita I.V.A. 04522240615, e-mail centrochir@gmail.com.

Il **Data Protection Officer** (DPO) è la dott.ssa Serena Merolillo, contattabile via e-mail all'indirizzo: centrochir@gmail.com

La presente informativa potrà essere integrata, oralmente o per iscritto, con ulteriori elementi ed indicazioni, per soddisfare al meglio qualunque sua esigenza conoscitiva in materia "Privacy" e per assecondare l'evoluzione delle normative.



**INFORMATIVA SINTETICA e CONSENSO
ai sensi del Regolamento UE sulla Privacy (2016/679)
e del Codice Privacy (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196
e successive modifiche ed integrazioni).**

PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato/a a.....il.....
residente a.....documento n°
tel.....e-mail.....

DICHIARA

di aver letto e compreso la presente lettera informativa datami e spiegata dal personale della **Clinique Visage S.r.l.**, ai sensi dell'art. 13 del **"Codice Privacy"** D. Lgs 30/06/03 n. 196 e dell'art. 13 del **Regolamento UE** 2016/679, sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali "sensibili" di cui ho appreso il significato, vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute".

Dichiara, inoltre, di essere informato che il trattamento può riguardare anche dati genetici.

Dichiara, ancora, di essere stato informato della presenza di telecamere per la sicurezza delle persone e delle attrezzature all'interno e all'esterno dei locali della **Clinique Visage S.r.l.**, e che le stesse effettuano registrazioni.

Dichiara, ancora, di essere stato informato della possibilità di pubblicazione di foto dell'intervento effettuato.

DATA _____ Firma leggibile _____

Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero dai genitori, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Il/La sottoscritto/a _____

esercitando la potestà genitoriale sul minore su indicato: essendo il Tutore del soggetto su indicato:

presta il consenso per il trattamento dei dati, ai soggetti e nelle modalità apprese nella presente informativa.

DATA _____ Firma leggibile _____

E' opportuno inoltre che Lei indichi per iscritto a quali persone possano essere comunicati i Suoi dati personali, anche quelli rientranti nel novero dei dati sensibili (riguardanti cioè il Suo stato di salute) e se desidera effettuare le visite negli ambulatori senza accompagnatore. In mancanza di indicazioni scritte in tal senso, il personale medico e paramedico della **Clinique Visage S.r.l.** e i professionisti esterni che collaborano con la **Clinique Visage S.r.l.** potranno comunicare informazioni sul Suo stato di salute e altro.

Il/La sottoscritto/a **CONSENTE** che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi compresi i risultati delle analisi, ricette mediche, certificati rilasciati da organismi sanitari, richieste specialistiche, referti diagnostici, cartelle cliniche, etc...) possa essere affidata:

solo al sottoscritto/a a chiunque ne faccia richiesta ai miei parenti
 al mio medico di medicina generale: dott. _____ tel. _____ alle seguenti persone.....

DATA _____ Firma leggibile _____

Il ritiro della documentazione sanitaria (risultati delle analisi, ricette mediche, certificati rilasciati da organismi sanitari, richieste specialistiche, referti diagnostici, cartelle cliniche, etc...) potrà essere svolto personalmente:
è Sua facoltà provvedere al ritiro tramite un Suo incaricato di fiducia purché presenti una **DELEGA**, accompagnata da una **fotocopia di un documento valido del delegato**.

ESPRIMO IL CONSENSO **NON ESPRIMO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati raccolti per l'invio tramite Posta, Internet, Telefono, E-mail, MMS, SMS, APP, *social* di materiale informativo, pubblicitario e promozionale della **Clinique Visage S.r.l.**, e di altri soggetti partner, per l'effettuazione di indagini di rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e per la partecipazione a eventi, giornate a tema, workshop, per l'invio di campioni e prodotti in omaggio per le "finalità alle comunicazioni commerciali".

Data _____ Firma _____