

Modulo Informativa Privacy – Dott.ssa Seriola

Gentilissimo/a,

con il presente documento, io sottoscritta Dott.ssa SARA SERIOLI, e-mail sara.serioli@gmail.com, presso la sede di Virtus Gruop in qualità di Titolare del trattamento dei dati, le fornisco di seguito le informazioni relative al trattamento dei dati personali.

Categorie di dati trattati

Nell'esecuzione dell'incarico professionale conferitomi, saranno trattati con riferimento al paziente, i dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale), i dati di contatto (indirizzo di residenza, numero di telefono), i dati sanitari e clinici (diagnosi mediche, anamnesi familiare, esiti esami audiometrici etc.) e i dati contenuti in video e audio registrati durante le sedute di terapia. Inoltre, saranno trattati anche i suoi dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale) e dati di contatto (indirizzo di residenza, numero di telefono).

La raccolta di tali dati è necessaria per l'adempimento delle prestazioni professionali.

Finalità del trattamento e base giuridica

I dati raccolti saranno trattati, in forza dell'incarico conferitomi, per l'esecuzione delle prestazioni professionali richieste (es. prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste) e, in ragione del suo consenso espresso, per la comunicazione di eventi di informazione scientifica di interesse per il paziente e per finalità di ricerca scientifica (redazione di articoli per riviste specializzate, relazioni a convegni). Quest'ultima finalità sarà eseguita, anche nel rispetto dei miei obblighi professionali di segretezza, con modalità (es. tecnica di pseudonimizzazione) tali da impedire la riconducibilità dei dati al paziente.

Destinatari dei dati

I dati sanitari del paziente potranno essere comunicati, previo suo consenso espresso che potrà essere revocato in qualsiasi momento, a medici o ad altri professionisti sanitari qualora ciò si renda necessario per l'interesse del paziente e per i trattamenti medici che segue (es. il suo medico curante). Inoltre, i suoi dati e i dati non sanitari del paziente potranno essere comunicati, senza necessità di consenso, anche a soggetti terzi per l'adempimento di specifici obblighi di legge (es. Commercialista), per lo svolgimento della mia attività (es. società hosting del server di posta elettronica o società che fornisce i servizi in cloud) e per la tutela dei miei diritti (es. Avvocati e Assicurazioni).

Trasferimento dei dati

I dati, qualora trattati mediante strumenti telematici (es. e-mail, servizi in cloud), potranno essere conservati in Paesi non appartenenti all'Unione Europea (ad esempio, nel caso di utilizzo di servizio di conservazione in cloud erogato attraverso server posti fuori dall'Unione Europea) per i quali tuttavia sussiste una decisione della Commissione europea di adeguatezza

della normativa di tutela del trattamento dei dati personali. (*n.b.: la sussistenza della decisione di adeguatezza da parte della Commissione Europea deve essere verificata caso per caso da ciascun professionista e dipende dal tipo di servizio digitale che viene utilizzato ed, in particolare, dal luogo in cui sono situati i server su cui funziona tale servizio).

Durata del trattamento

Tutti i dati raccolti saranno trattati per l'intera durata del rapporto professionale per la finalità di esecuzione dell'incarico conferitomi. Successivamente, i dati del paziente saranno trattati per ulteriori dieci anni per finalità di ricerca scientifica e comunque per il tempo necessario per l'adempimento di specifici obblighi di legge e per l'eventuale tutela dei miei diritti.

Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento, mediante comunicazione da inviare ai recapiti sopra indicati ed in presenza dei presupposti di legge, potrà essere richiesto l'accesso, la cancellazione, l'aggiornamento, la rettificazione, la limitazione e l'integrazione dei dati personali raccolti o di opporsi al trattamento di essi. Potrà inoltre ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali e potrà essere proposto reclamo all'Autorità di controllo della protezione dei dati competenti nel caso in cui ritenga che i Suoi diritti siano stati violati.

Revoca del consenso

In aggiunta ai diritti sopra elencati, potrà in qualsiasi momento revocare il consenso per quei trattamenti fondati su di esso. In tal caso, i trattamenti effettuati precedentemente saranno comunque leciti.

Consensi

Io sottoscritto , in qualità di genitore/tutore del paziente , vista l'informativa sul trattamento dei dati personali, sopra riportata:

☐ **Acconsento** ☒ **Non acconsento** al trattamento dei dati sanitari e dei dati contenuti nelle registrazioni video ed audio relativi al paziente effettuate durante la terapia per finalità di ricerca scientifica attraverso la divulgazione di essi con mezzi adeguati che garantiscano la non riconducibilità di tali dati al paziente.


☐ **Acconsento** ☒ **Non acconsento** al trattamento dei dati per ricevere eventuali comunicazioni di eventi di informazione scientifica connessi alla situazione sanitaria del paziente che possano risultare di mio interesse.

☐ **Acconsento** ☒ **Non acconsento** il Titolare del trattamento a comunicare i dati sanitari del Paziente ad altri medici o altri operatori sanitari presso cui è in cura il paziente (es. il proprio medico curante) qualora ciò sia strettamente necessario al suo interesse e alla corretta esecuzione dell'incarico professionale conferito a tali professionisti.

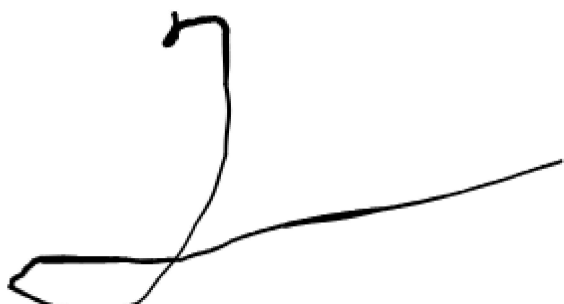
Luogo

Data

Firma Modulo Privacy

X

Firma Consensi

X

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile in merito agli obiettivi, modalità, durata e possibili benefici delle sedute di chinesiologia, e di aver avuto risposta esauriente a tutte le mie domande.

Autorizzo il trattamento dei dati personali del minore sopra indicato, secondo quanto previsto dal GDPR, ai fini dell'espletamento dell'attività professionale da parte della Dott.ssa Chiara Morelli.

Autorizzo l'invio di materiale informativo via email

☐ Autorizzo ☒ Non autorizzo

Autorizzo l'invio di SMS per conferma appuntamenti

☐ Autorizzo ☒ Non autorizzo

Luogo

Data

Firma del Genitore/Tutore

X

INVIA