**Dott.ssa Linda Scattolini**

Ostetrica

C.F. SCTLND93R62B157Y- P.I. 04025560980

**Informativa privacy (art 13-14 Reg UE 2016/679)**

In relazione ai dati personali (riferiti a “persona fisica”) trattati si informano i pazienti che:

* Titolare del trattamento dei dati è la dott.ssa Linda Scattolini domiciliata a Palazzolo S/O, in via Lancini 11 tel. 3331852500 mail linda.scattolini@gmail.com
* I dati personali sono trattati per le finalità connesse all’erogazione del servizio sanitario richiesto e si procederà all’acquisizione unicamente dei dati necessari per la miglior gestione del servizio stesso
* Il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale che con elementi elettronici informatici
* Il trattamento viene svolto in osservanza delle disposizioni di legge o di regolamento
* Vengono trattate le seguenti categorie di dati : identificativi delle persone; dati attinenti lo stato di salute; dati socio-economici
* I dati trattati possono essere trasmessi alle seguenti categorie di soggetti : Ministero dell’economia e delle Finanze, Studio Pezzotti Srl, Via Lazzaretto, 2 CAP 25030, Adro – CF E P.IVA  02709980987
* I dati vengono conservati per la durata prevista dalla normativa vigente in materia di conservazione dati /documenti cartacei/digitali del settore sanitario
* Il mancato conferimento dei dati alla dott.ssa Scattolini o la mancata acquisizione possono comportare l’impossibilità di erogazione del servizio richiesto
* Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi
* Gli interessati (ovvero le persone fisiche a cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto di accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all’Autorità Garante della privacy
* I dati trattati vengono acquisiti dagli interessati sempre nel rispetto della normativa e delle finalità proprie dei trattamenti

01 Febbraio 2022

Per presa visione Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto in qualità di

☐Paziente☐ADS/tutore/esercente responsabilità genitoriale☐persona di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Autorizza☐ Non Autorizza

la dott.ssa Linda Scattolini a fornire informazioni riguardanti il proprio stato di salute a:

Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico specialista dott. /dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al/alla sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ASD/tutore/ esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Persona di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acquisizione verbale del consenso per impossibilità fisica alla firma

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_