

	<p style="text-align: center;">I.P.A.B. CENTRO SERVIZI RESIDENZA SAN PIO X° Via Londa, 31/a – Loc. Valstagna 36029 VALBRENDA (VI) C.F. – P.I. 03994200248 Tel. 0424 - 99521 Fax 0424 - 988154 e mail: amministrazione@ipabsanpioxvalstagna.it indirizzo Internet: www.ipabsanpiox.it</p>
---	---

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 E EX ART. 13

REGOLAMENTO UE 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.04.2016

Gentile Signore/a desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.04.2016 stabiliscono norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Le forniamo pertanto le seguenti informazioni:

a. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è l'I.P.A.B. CENTRO SERVIZI RESIDENZA SAN PIO X° di Valstagna (VI), P.IVA 03994200248, nella persona del Presidente pro tempore, con i seguenti dati di contatto: Via Londa, 31/a-36020 Valstagna (VI) email: amministrazione@ipabsanpioxvalstagna.it email/PEC: info@pec.ipabsanpioxvalstagna.it tel. 0424/99521

b. Responsabile del trattamento

Il responsabile del trattamento è il Segretario/Direttore dell'I.P.A.B. CENTRO SERVIZI RESIDENZA SAN PIO X° di Valstagna (VI), con i seguenti dati di contatto: Via Londa, 31/a- 36020 Valstagna (VI) email: direzione@ipabsanpioxvalstagna.it email/PEC: info@pec.ipabsanpioxvalstagna.it tel. 0424/99521

c. Responsabile protezione dati

Il responsabile protezione dati (c.d. DPO o RPD) è il sig. Alessi Massimo, C.F. LSSMSM72A22A703R residente a Bassano del Grappa (VI) in Via San Rocco, 229 celi. 327/8773763 email: massimo.a72@gmail.com.

d. Finalità e modalità del trattamento

Il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la cancellazione e la distruzione dei dati. Il trattenimento dei dati avverrà con procedure atte a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati verranno trattati esclusivamente per le finalità relative al corretto adempimento del contratto con Voi in essere e per le finalità istituzionali inerenti alle attività di questo ente, come segue:

1) I dati personali sono utilizzati per le registrazioni interne; l'emissione di fatture di addebito retta, le comunicazioni alla Regione Veneto sulla base di espresse previsioni normative e ad altri enti ed organismi pubblici, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali all'interessato nonché per la tutela sanitaria del medesimo.

2) I dati riguardanti lo stato di salute e dati sensibili sono utilizzati per l'attuazione di misure sanitarie per la tutela della salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la cura socio-assistenziale dell'interessato e

per la gestione sanitaria del medesimo ivi comprese le fotografie inserite negli appositi software di comunicazione tra medico e personale infermieristico, e i dati raccolti per l'anamnesi e personalizzazione degli interventi di assistenza socio-sanitaria.

3) le immagini potranno essere riprese e pubblicate nei locali della casa di riposo, pubblicate nel sito web, incluse nelle pubblicazioni, utilizzate durante le manifestazioni organizzate o a cui partecipa l'Ente.

e. Natura del conferimento dei dati. **La natura del conferimento dei dati è facoltativa.**

f. Conseguenza dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati. Impossibilità oggettiva di sottoscrivere e/o di adempiere al contratto in essere e di perseguire le finalità istituzionali, di assistenza socio-assistenziale, inerenti alle attività di questo ente.

g. Comunicazioni. I dati possono essere comunicati, per l'adempimento del contratto, all'interno dell'Ente tra le persone che si occupano del trattamento ed agli organismi competenti alla tutela della salute, altri enti pubblici in base a specifici adempimenti normativi.

h. Periodo di conservazione dei dati. La conservazione dei dati personali da Lei forniti avverrà a tempo indeterminato e comunque fino ad eventuale Sua richiesta di cancellazione o revoca

i. I Suoi diritti

In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa Le è riconosciuto in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE n. 2016/679);
- Cancellazione (oblio) (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679);
- Revoca del consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca (art. 7, par. 3 Regolamento UE n. 2016/679);
- Proporre reclamo all'autorità Garante per la Protezione dei dati personali (art. 51 Regolamento UE n. 2016/679).

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC all'indirizzo info@pec.ipabsanpioxvalstagna.it o lettera raccomandata a/r al seguente indirizzo: I.P.A.B. CENTRO SERVIZI RESIDENZA SAN PIO X° Via Londa, 31/a- 36020 Valstagna (VI).

I dati di contatto dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali sono i seguenti: Piazza di Montecitorio 121, 00186 Roma, tel. 06 696771, email garante@gpdp.it, pec@gpdp.it

IL DIRETTORE
Dott. Paolo Contro



Io sottoscritto in qualità di

faccio presente che le condizioni psico-fisiche del/della Sig./ra sono tali da non consentire l'intonazione diretta, per cui dichiaro di aver ricevuto per iscritto per conto del/la medesimo/a da parte di incaricato dell'ente la nota contenente le intonazioni di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003 e al Reg. UE 679/2016, inerenti al trattamento dei dati della persona sopra indicata.

In particolare dichiaro di aver liberamente preso atto che i dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso l'Istituto e che è riconosciuto all'interessato il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dal Decreto Legislativo n. 196/2003 e dal Reg. UE 679/2016.

Di conseguenza autorizzo:

– Al trattamento dei dati personali e sensibili:

utilizzati per le registrazioni interne; l'emissione di fatture di addebito retta; le comunicazioni alla Regione Veneto sulla base di espresse previsioni normative e ad altri enti ed organismi pubblici, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali all'interessato nonché per la tutela sanitaria del medesimo.

Data, —> Firma

– Al trattamento dei dati riguardanti lo stato di salute per:

per l'attuazione di misure sanitarie. Per la tutela della salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la cura socio-assistenziale dell'interessato e per la gestione sanitaria del medesimo ivi comprese le fotografie inserite negli appositi software di comunicazione tra medico e personale infermieristico, e i dati raccolti per l'anamnesi e personalizzazione degli interventi di assistenza socio-sanitaria.

Data, —> Firma

– Al trattamento delle immagini:

riprese e pubblicate nei locali della casa di riposo; pubblicate nel sito web; nei social networks, incluse nelle pubblicazioni interne ed esterne curate dall'ente; pubblicate durante le manifestazioni a cui partecipa l'ente.

Data, —> Firma

La/il Sottoscritta/o.....dichiaro di aver dato lettura dell'intera informativa e della richiesta di consenso per il trattamento dei dati alla presenza di due testimoni, al/alla sig./sig.ra che dichiara di non poter sottoscrivere in quanto impossibilitato/a per inabilità fisica.

→ Firma.....

1° Testimone

Nome e cognome

Firma.....

C.I n°....., rilasciata il.....dal Comune di

2° Testimone

Nome e cognome

Firma.....

C.I n°.....rilasciata il.....dal Comune di

Dichiarante impossibilitato/a alla firma per inabilità fisica

Cognome Nome.....Data di Nascita.....

Luogo di Nascita..... Tipo Documento

Numero.....rilasciato il.....Autorità Rilasciante.....