

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di valutazione nutrizionale (anamnesi fisiologica, anamnesi patologica prossima e remota, anamnesi alimentare, misurazioni antropometriche) connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito;

2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.

4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati come collaboratori in regime di sostituzione per malattia o necessità personali ed a professionisti esterni che, in qualità di responsabili del trattamento, curano la contabilità dell'attività professionale¹. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;

5. I dati sono conservati ed elaborati in file elettronici protetti da password ed in alcuni casi stampati e riposti in cartelline chiuse e conservate a loro volta in schedari posti nella sede legale, lontano dagli accessi pubblici e chiuse a chiave.

6. Le fatture relative alle prestazioni sanitarie rese ed i suoi dati, come previsto dalla normativa vigente, verranno inviate al Sistema Tessera Sanitaria che li tratterà comunque in forma aggregata per l'elaborazione della Sua dichiarazione dei redditi precompilata. Qualora volesse opporsi a tale invio, potrà comunicarlo oralmente al Titolare stesso, il quale provvederà ad annotare l'opposizione sulla Sua fattura.² Dopo l'emissione della fattura potrà sempre esercitare il Suo diritto, tramite la registrazione al sito <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/>, o scaricando l'apposito modello messo a disposizione dall'Agenzia delle Entrate e reperibile al sito www.agenziaentrate.gov.it.

7. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Daniela Bagnoli biologa nutrizionista, con sede fiscale in Empoli, via della Motta 192 e studio ad Empoli, Istituto Sant'Andrea in via Pievano Rolando, 8.

8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.

9. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;

10. Il Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.

¹ Si è indicata la figura del Commercialista, ma possono essere coinvolti anche il consulente del lavoro, o altre figure che trattano i dati in nome e per conto del Titolare, ma con una propria struttura ed organizzazione e con delle finalità specifiche (contabilità, elaborazione paghe ecc).

² in tal caso l'opposizione del paziente verrà annotata sulla fattura con la seguente dicitura: IL PAZIENTE SI OPPONE ALLA TRASMISSIONE AL SISTEMA TS AI SENSI DELL'ART. 3 DEL DM 31 LUGLIO 2015" ed i dati non saranno comunicati al Sistema tessera Sanitario.

11. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile.
L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese;

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,

dopo avere letto la superiore informativa, da il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano
per le finalità ivi indicate

Data _____ Firma Leggibile _____

I sottoscritti _____, nata a _____ il _____

_____, nato a _____ il _____ esercenti la

responsabilità genitoriale dei minori:

_____, nato a _____ il _____

_____, nato a _____ il _____

_____, nato a _____ il _____

dopo avere letto la superiore informativa, danno il consenso al trattamento dei dati che lo
riguardano per le finalità ivi indicate

Data _____ Firma Leggibile _____

Data _____ Firma Leggibile _____