



PRELIEVO DOMICILIARE

PRENOTAZIONE			
Per il Giorno		Ora	
UTENTE [] Registrato			
Nome e Cognome			
Codice Fiscale			
Luogo e data nascita	Nato/a a: _____ il _____		
Indirizzo	Via _____ n° _____ Int. _____ P.no _____		
Comune			
Nome su Citofono			
Contatti	Tel. Casa _____ Cell. _____		
Note			

Informativa Privacy:

Gentile Signore/a, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di Trattamento dei Dati Personali, definita in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), viene resa la presente informativa affinché Lei, in qualità di soggetto Interessato, possa conferire i Suoi Dati in modo consapevole ed informato e, in qualsiasi momento, richiedere chiarimenti ed esercitare i Suoi diritti.

Titolare del trattamento è C.P.S.S. Centro Polidiagnostico Servizi Sanitari S.r.l. - Catania, Via Ipogeo 30 – Tel. 095/431298 – email: privacy@cpss.it.
Il Responsabile della Protezione Dati (DPO) può essere contattato, all'indirizzo email ripd@cpss.it, per tutte le questioni relative al trattamento dei Dati e all'esercizio dei diritti, che potranno essere esercitati ai sensi del GDPR e secondo le modalità descritte nella presente informativa.

Modalità e Finalità del Trattamento	Base Giuridica	Periodo Conservazione Dati	Natura del conferimento
Il trattamento dei Suoi dati, in formato cartaceo ed informatizzato, è finalizzato all'esecuzione delle prestazioni sanitarie di medicina di laboratorio includenti prestazioni sanitarie di prelievo ematico e campioni biologici, di analisi cliniche sui campioni prelevati, ed ogni attività sanitaria ed amministrativa a tali prestazioni connessa.	Il trattamento dei Suoi dati è legittimato poiché è necessario per esecuzione del contratto su cui si basa la prestazione fornita (art. 6.1.b GDPR), e per finalità diagnostiche (9.2.h GDPR);	Salvo che la conservazione sia necessaria per periodi ulteriori per adempimento di obblighi di legge o per finalità di accertamento, esercizio o difesa di un diritto, i Suoi dati verranno conservati con le seguenti tempistiche: Referti dei Suoi esami: anni dieci (10); Dati di fatturazione: anni dieci (10);	Il conferimento dei Suoi dati, comprese le categorie particolari di dati personali, è indispensabile per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie alla prestazione sanitaria richiesta e da noi erogata a tutela della Sua salute, comprese le connesse attività di natura amministrativa. Un Suo rifiuto comporta l'impossibilità di erogare la prestazione o il servizio sanitario da Lei richiesto oppure di completare le attività di carattere amministrativo connesse e correlate alla prestazione stessa.
Refertazione OnLine (ROL). Il Trattamento dei suoi dati è necessario per consentirLe di consultare digitalmente il referto degli esami effettuati.	La base giuridica del trattamento è il Suo consenso esplicito (art. 6.1.a e 9.2.a GDPR).	I referti on-line ROL sono disponibili sull'area riservata https://www.saluteadesso.it/referti/cliente/login.aspx?L=04829500877 raggiungibile dal Sito web www.cpss.it per quarantacinque giorni.	Il mancato consenso, ha come unico effetto la mancata pubblicazione del Suo referto relativo ad analisi effettuate dal Laboratorio sulla piattaforma ROL; questo non pregiudica il Suo diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.
Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). In modalità digitale, al fine di rendere più agevoli e tempestivi i servizi che garantiscono la salute ai cittadini.	La base giuridica del trattamento è l'adempimento ad un obbligo di legge	I suoi dati saranno comunicati al Servizio Sanitario della Regione di appartenenza ed al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da questi conservati per trenta anni dal decesso.	Il conferimento dei dati per l'alimentazione del FSE è automatico e, non richiede consenso.

Categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati: La informiamo che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione e/o di trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali. L'elenco delle categorie di soggetti che svolgono attività connesse e strumentali alle prestazioni di servizi sanitari erogati, a cui potranno essere comunicati i suoi dati personali, sono reperibili nell'informativa esposta in sala di attesa.

Diritti dell'Interessato: I suoi diritti, quando esercitabili, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR 2016/679, sono il diritto di: **a)** chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali; **b)** ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; **c)** ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; **d)** ottenere la limitazione del trattamento; **e)** ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; **f)** opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; **g)** opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione; **h)** chiedere la revoca del consenso in qualsiasi momento; **i)** proporre reclamo presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in Italia, secondo le modalità indicate nel sito www.garanteprivacy.it. Può esercitare le facoltà indicate dalla lettera a alla lettera h mediante una richiesta scritta inviata a C.P.S.S. Centro Polidiagnostico Servizi Sanitari S.r.l., all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail privacy@cpss.it.

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver letto e compreso l'Informativa:

Firma _____

Medico ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla comunicazione dei miei dati sanitari al Medico _____

Firma _____

Referto On Line ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Al prelievo dei miei risultati sanitari attraverso l'area ad accesso riservata del portale

<https://www.saluteadesso.it/referti/cliente/login.aspx?L=04829500877> prendendo atto che gli stessi saranno disponibili per non più di 45 giorni dall'atto della pubblicazione, che mi verrà notificata a mezzo e-mail. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di attivazione del servizio e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti.

Firma _____

Invio e-mail ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO, all'indirizzo: _____
_____ impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma _____

Notifiche SMS ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'invio di SMS PROMEMORIA e/o di SERVIZIO al numero _____
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma _____

N.B. La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di mancata ricezione del PROMEMORIA e/o della comunicazione di SERVIZIO, a seguito di un omesso aggiornamento dell'indirizzo e-mail e/o numero di telefono.

DA COMPILARE SE IL CONSENSO È DI IMPOSSIBILE ACQUISIZIONE

Il Sottoscritto _____ dichiara che all'atto del prelievo, sussistendo impossibilità fisica dell'interessato, ha fornito l'informativa ed acquisito il consenso oralmente.

Data ___ / ___ / ___ **Firma dell'incaricato** _____

Gentile Utente, quando il referto non può essere ritirato dall'Utente interessato, è necessario che questo deleghi altro soggetto, compilando il sottostante spazio dedicato.

RITIRO REFERTO

Orari ritiro: _____

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___), il ___ / ___ / ___

residente in _____ (___), via _____ n° _____, C.A.P. _____

doc. di identità _____ n° _____ scadenza: ___ / ___ / ___

RITIRA **DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (___), il ___ / ___ / ___

residente in _____ (___), via _____ n° _____, C.A.P. _____

doc. di identità _____ n° _____ scadenza: ___ / ___ / ___

al ritiro del referto delle analisi effettuate dal Vostro Operatore Sanitario presso il domicilio del Delegante.

Data: _____ (Firma Delegante) _____ (Firma Delegato)

NOTA: al momento del ritiro del referto, al presente modulo andrà allegata copia di un Documento di Riconoscimento in corso di validità sia del Delegante che del Delegato, affinché l'Operatore Sanitario possa accertare l'identità.