

**Informazioni ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679
(Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – RGPD) sul trattamento dati personali necessario per**

ATTIVITÀ CONSULTORIALI E PERCORSI DI SPECIALISTICA TERRITORIALE INTEGRATI

La presente informativa Le viene resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), nonché secondo le disposizioni della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e specifica di settore (Legge n. 405/1975 istitutiva dei Consulenti Familiari, Legge n. 194/1978 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", Deliberazione del Direttore Generale Azienda USL Toscana sud est n. 1244 del 23 novembre 2018 con cui è stato approvato il Documento di Politica Aziendale sulle Attività Consultoriali, nonché successive modifiche e integrazioni), con riferimento al trattamento dei Suoi dati – quale persona fisica interessata – o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale, da parte dell'Azienda USL Toscana sud est. Nel rispetto del criterio di progressività, questa informativa è da considerarsi integrativa di quella generale sul trattamento dei dati rinvenibile e consultabile, in versione aggiornata, nel sito web istituzionale www.uslsudest.toscana.it alla sezione www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd

Titolare del trattamento	Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL Toscana sud est, con sede legale in 52100 Arezzo (Ar), via Curtatone 54, nella persona del suo Direttore Generale quale legale rappresentante <i>pro tempore</i> , contattabile ai seguenti riferimenti: tel. 0575.254102, indirizzo e-mail: direttoregenerale@uslsudest.toscana.it , PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it
Responsabile della protezione dei dati (RPD)	Il Responsabile della protezione dei dati dell'Azienda USL Toscana sud est è contattabile ai seguenti riferimenti: tel. 0575.254156, indirizzo e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it
Finalità del trattamento	<p>I Suoi dati personali saranno trattati per finalità di cura e di supporto nelle attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, abilitazione-riabilitazione e altre prestazioni, relative alle aree: procreazione responsabile e Interruzione Volontaria di Gravidanza, infertilità e sterilità, percorso nascita (ed eventi ad esso associati), genitorialità e famiglia, menopausa, prevenzione oncologica, malattie sessualmente trasmesse, sessualità, violenza di genere, consultorio giovani ed agli specifici percorsi attivati all'interno della rete consultoriale e percorsi di specialistica ambulatoriale integrati.</p> <p>Nell'ambito dei servizi offerti, i dati personali potranno essere acquisiti per analizzare la richiesta dell'utente, identificarne i bisogni specifici e definire il percorso di cura più adatto, nonché per espletare le attività amministrative correlate.</p> <p>Integrandosi con quella di altre professionalità e in maniera tale da consentire una presa in carico globale, l'attività del Consultorio comprende la gestione di problematiche dell'individuo e della famiglia, a tutela e sostegno della persona nelle diverse fasi del ciclo di vita e per compiti istituzionali di interesse pubblico rilevanti sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.</p> <p>Le attività consultoriali comprendono: attività di informazione, formazione e valutazione d'idoneità in materia di adozione e di affidamento di minori, nonché collaborazione con le Forze dell'Ordine/Procura, Tribunale Ordinario e Tribunale dei Minori per le indagini psico-sociali, predisposizione di progetti di recupero e sostegno nel percorso di reinserimento lavorativo e sociale; attività di collaborazione e raccordo, integrata multiprofessionale, con i Centri della Rete nazionale Anti-Violenza, Associazioni, Enti di riferimento e Rete aziendale "Codice Rosa".</p> <p>Inoltre l'assistenza socio-sanitaria viene garantita a livello territoriale al fine di rendere servizi completi e di qualità, tenendo conto anche degli aspetti culturali, etici e sociali, integrandosi con i servizi sociali.</p> <p>In specifico, possono essere attuati interventi mirati di assistenza e di sostegno anche con percorsi personalizzati e con l'apporto multiprofessionale delle diverse componenti sanitarie e sociali.</p> <p>Il trattamento dei dati potrà riguardare anche dati relativi alla salute del nascituro e/o del/i figlio/i minore/i.</p>
Base giuridica (condizione di liceità)	<p>Il trattamento è necessario per finalità di cura relative a medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociale o conformemente al contratto con un professionista della sanità (art. 9, par. 2, lett. h) e par. 3 RGPD, art. 75 D.lgs. n. 196/2003) e motivi di interesse pubblico rilevante ai sensi del combinato disposto dell'art. 9, par. 2, lett. g) RGPD, e dell'art. 2-sexies, co. 2, lett. t), u) e v) D.lgs. n. 196/2003), nonché dalle Schede 6 e 24 dell'Allegato B al d.p.g.r. 6/R/2013 di Regione Toscana (<i>Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, aziende sanitarie, enti, aziende e agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e controllo</i>).</p> <p>Per quanto riguarda i dati relativi a condanne penali e reati e a connesse misure di sicurezza, la base giuridica è rappresentata dall'art. 2-octies, commi 3 e 5 D.lgs. n. 196/2003 e dalle Schede 6 e 24 sopra citate.</p> <p>In ragione di tali finalità, il trattamento dei Suoi dati personali potrà avvenire senza che l'Azienda USL Toscana sud est acquisisca il Suo consenso.</p> <p>Uno specifico ed esplicito consenso Le sarà invece richiesto per trattamenti ulteriori indicati all'interno del modulo di raccolta del consenso allegato a questa informativa, in relazione ai quali potrà decidere liberamente di non acconsentire o di revocare - in qualsiasi momento - il consenso eventualmente prestato, senza la necessità di fornire giustificazione e senza che tali decisioni modifichino in alcun modo i rapporti con i medici curanti e con la struttura presso la quale è in cura.</p> <p>La presenza di tirocinanti o iscritti ai corsi di specializzazione dovrà essere da Lei autorizzata, come pure l'utilizzo dei Suoi dati a fini di contatto o registrazione per iniziative ed eventi svolti e/o promossi dall'Unità.</p> <p>Qualora, al fine anche di assicurarLe la continuità delle prestazioni erogate sia previsto l'utilizzo di servizi telematici/piattaforme <i>on line</i> atti a consentire alla persona assistita di fruire delle prestazioni offerte dal consultorio, Le sarà fornito a riguardo uno specifico documento informativo e Le saranno richiesti ulteriori consensi, analogamente per eventuali e ulteriori e specifici percorsi.</p>

**ATTESTAZIONE DI PRESA VISIONE E COMPrensIONE DELLE INFORMAZIONI
rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679
ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Struttura/Unità _____ Data accesso prima prestazione ___ / ___ / ___

IO SOTTOSCRITTA/O

Cognome e Nome: _____

nata/o a _____ (prov. _____) il giorno ___ / ___ / ___ c.f. _____

residente in _____ (prov. _____) indirizzo: _____ n. _____

domicilio (se diverso dalla residenza) in _____ (prov. _____) indirizzo: _____

n. _____ recapiti: tel. _____ cell. _____ email _____

per me medesima/o

oppure

esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(nome e cognome) _____, nata/o a _____, prov. _____, il ___/___/___, residente

a _____, prov. _____ in via _____ n. _____, in qualità di

(specificare):

- genitore
- esercente responsabilità genitoriale
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente o unito civilmente
- tutore
- curatore speciale
- amministratore di sostegno
- legale rappresentante
- fiduciario ai sensi dell'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (DAT)
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- altro (specificare): _____

DICHIARO

di avere acquisito, letto e compreso le informazioni fornitemi ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali, inclusi i diritti che posso esercitare, inoltre

AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali per le finalità qui indicate, e

DICHIARO QUANTO SEGUE

1. INFORMAZIONI RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE

AUTORIZZO i sanitari a fornire informazioni sul mio stato di salute:

solamente a me stessa/o e a nessun altro

MMG (Medico di Medicina Generale): _____ e ogni suo sostituto

PLS (Pediatra di Libera Scelta): _____ e ogni suo sostituto

altre persone: _____ recapito (tel.): _____

_____ recapito (tel.): _____

nella consapevolezza che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

2. ALTRO

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** (2.1) l'Azienda USL Toscana sud est a contattarmi per esigenze organizzative, *recall* per conferma/disdetta appuntamento/i, riprogrammazione delle prestazioni o per segnalarmi iniziative, eventi svolti dall'Unità, **utilizzando i seguenti dati di contatto:**
indirizzo _____
telefono fisso/mobile _____
email _____

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** (2.2) l'Azienda USL Toscana sud est all'utilizzo dei miei dati anagrafici e di contatto (**come sotto indicati**) per registrare la mia partecipazione a iniziative/eventi promossi dall'Unità.
indirizzo _____
telefono fisso/mobile _____
email _____

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** (2.3) l'eventuale presenza nell'equipe di tirocinanti o iscritti ai corsi di specializzazione.

3. Che mi è stato chiaramente spiegato di poter decidere liberamente di non acconsentire o di REVOCARE in qualsiasi momento senza fornire giustificazione, e che tali decisioni non modificheranno in alcun modo i rapporti con i medici curanti e con la struttura presso la quale sono in cura;

pertanto, in piena coscienza e libertà di scelta,

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma del Dichiarante (per presa visione e consenso) _____

Riconosciuto/a a mezzo di documento di identità in corso di validità:

(tipo e n.) _____ rilasciato da _____ il __/__/____

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma di chi raccoglie dichiarazione e consenso _____

REVOCA / VARIAZIONE COMUNICAZIONE A TERZI

LA/IL SOTTOSCRITTA/O (cognome e nome) _____ esprime la revoca variazione del consenso di comunicazione a terzi precedentemente espresso, indicando eventuali altri nominativi in ulteriore modulo

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma di chi esprime la revoca/variazione _____

OPERATORE CHE HA RACCOLTO LA REVOCA/VARIAZIONE (nome e cognome) _____

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma di chi raccoglie la revoca/variazione _____

REVOCA AUTORIZZAZIONE/I RILASCIATA/E PRECEDENTEMENTE

LA/IL SOTTOSCRITTA/O (cognome e nome) _____ revoca l'/le autorizzazione/i di cui al/ai punto/i _____

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma di chi esprime la revoca _____

OPERATORE CHE HA RACCOLTO LA REVOCA (nome e cognome) _____

Luogo _____ data __/__/____ ora __/___ Firma di chi raccoglie la revoca _____

NOTA BENE

Una copia del presente modulo, firmato, datato e unito alle informazioni scritte rese deve essere consegnato allo stesso interessato.

Nel caso di minore, qualora la rappresentanza legale sia esercitata dai genitori, la raccolta del consenso deve avvenire presso entrambi i genitori.

Per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, si invita ad utilizzare l'apposita modulistica rinvenibile alla pagina: www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd