

Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei Dati (RGPD) Informazioni ai sensi degli artt. 13 e 14

Invio valore di INR per SMS ai pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

Gentile assistita/o,

desideriamo informarla che i suoi dati personali (come dati anagrafici, recapito telefonico, tessera sanitaria, etc. e altri dati particolari, quali ad es. le informazioni sullo stato di salute) saranno utilizzati nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e dei diritti e delle libertà fondamentali della persona.

L'**Azienda UsI Toscana sud est** nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, nell'ambito del percorso della Terapia Anticoagulante Orale, dove la tempestiva conoscenza del dato relativo all'INR è fondamentale, ha ritenuto opportuno attivare la possibilità di ricevere il risultato del valore tramite SMS a un numero di cellulare da lei fornito.

Tale modalità di trasmissione del risultato dell'INR è un servizio aggiuntivo che non sostituisce il ritiro del referto cartaceo o tramite Fascicolo Sanitario Elettronico. La sua adesione a questa modalità è assolutamente facoltativa e non pregiudica in alcun modo l'erogazione della prestazione sanitaria che la riguarda.

Base giuridica del trattamento

- consenso al trattamento da parte dell'interessato (art. 9 paragrafo 2 lettera a) del RGPD

In occasione di ogni nuovo esame di laboratorio lei potrà revocare il suo consenso alla trasmissione del valore dell'INR mediante SMS.

I suoi dati

- saranno utilizzati sia in modo cartaceo che informatizzato e/o telematico, in ogni caso con tutte le adeguate misure organizzative e tecniche ed esclusivamente da personale autorizzato (dipendenti, altro personale che opera in Azienda, soggetti esterni con cui l'Azienda collabora e individuati quali Responsabili del trattamento)
- saranno conservati per il tempo necessario all'assolvimento di obblighi di legge, nel caso di cartella clinica il limitatamente, nel caso di altra documentazione sanitaria in riferimento alla normativa vigente e al massimo aziendale per la conservazione e lo scarto degli atti d'archivio.

Il dato personale di contatto (cellulare per SMS) sarà conservato nei data base per il periodo della sua adesione all'erogazione del servizio.

I dati non sono oggetto di trasferimento in paesi extra UE. Qualora il trasferimento si rendesse necessario per obbligo di legge o in relazione al vincolo contrattuale con un soggetto terzo individuato quale Responsabile del trattamento, il trasferimento sarà effettuato nel pieno rispetto del RGPD, anzitutto verificando se quel paese offre un livello adeguato di protezione dei dati; in mancanza di tale requisito, il titolare o il responsabile del trattamento attueranno le garanzie a tutela dell'interessato previste dal RGPD..

Lei ha diritto di: ottenere in qualsiasi momento informazioni sull'utilizzo dei suoi dati, accedere ai suoi dati personali, chiederne la rettifica o l'integrazione; chiedere, in alcune ipotesi previste dalla normativa, la limitazione del trattamento, opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, revocare il consenso (senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima della revoca). Per esercitare i suoi diritti può inviare una richiesta al Responsabile della protezione dei dati personali i cui dati di contatto sono più sotto riportati. Il modulo per l'esercizio dei diritti è pubblicato nel sito web aziendale www.uslsudest.toscana.it nella sezione "Privacy in Azienda-documentazione aziendale".

L'interessato ha, altresì, diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda UsI Toscana sud est. Il soggetti interni preposti al trattamento nell'ambito delle attività di competenza sono i Direttori delle UU.OO Analisi chimico-cliniche degli ambiti territoriali interessati, dall'attivazione del servizio. Sul sito web aziendale è pubblicato l'elenco nominativo dei preposti al trattamento dati.

I restanti soggetti che a vario titolo intervengono nei processi di cura e nei processi gestionali e di supporto all'erogazione delle prestazioni, sono autorizzati al trattamento per lo specifico ambito di competenza e adeguatamente istruiti in tal senso.

Titolare del trattamento dei dati - Azienda UsI Toscana sud est, son sede in Via Calamandrei 173, 52100 Arezzo. Rappresentante Legale: Direttore Generale pro tempore, tel.0575 254102 PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Responsabile della Protezione dei Dati personali, tel. 0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

Autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it, e-mail garante@gpdp.it.

Invio valore di INR per SMS ai pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/anato/a a..... il.....

residente a..... via.....

Acquisite le informazioni fornite ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali, compresi i diritti che posso esercitare e compreso che in qualsiasi momento posso revocare il consenso prestato

presto il consenso non presto il consenso revoco il consenso (se prestato in precedenza)

alla trasmissione mediante SMS del valore dell'INR, consapevole che tale modalità costituisce un servizio aggiuntivo che non sostituisce il ritiro del referto cartaceo o tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

(in caso di consenso) n° cellulare per invio SMS.....

Io sottoscritto/a mi impegno a

- comunicare eventuale variazione del n° di cellulare fornito, compilando un nuovo modulo
- telefonare al n° **0575-255241** se l'SMS con il valore di INR NON viene ricevuto entro le ore 15.00 del giorno del prelievo

Data Firma

documento di riconoscimento tipo..... .n.....

rilasciato da..... il

.(oppure)

Il paziente nato

ail.....

residente a..... via.....

è in stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere, pertanto il consenso/la revoca del consenso è espresso da(nome/cognome).....

in qualità di: tutore
 amministratore di sostegno
 altro soggetto legittimato
(specificare)

documento di riconoscimento tipo..... n.....

rilasciato da il.....

Data

Firma di chi presta/revoca il consenso.....