

	RIAH SALUTE	Informativa al Trattamento dei Dati Personali per i pazienti minorenni Rif. Artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679	DATA: 03/05/2023 Rev: 01 Ed.: 01
--	-----------------------	--	--

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679
RIA H RIABILITAZIONE S.r.l.
in qualità di Titolare del Trattamento dei dati**

La informa che i dati da Lei forniti saranno trattati ai fini della gestione della prestazione sanitaria da Lei richiesta e quindi per finalità di diagnostica clinica; i dati saranno altresì utilizzati per le connesse attività amministrativo – contabili, fiscali e legali (es. comunicazioni al Servizio Sanitario Nazionale) e attività ad essa afferenti.

Il Titolare al fine di garantire una adeguata protezione dei dati ha provveduto ad adottare efficaci misure tecniche ed organizzative che all'occorrenza verranno riesaminate ed aggiornate.

Punto A - Categoria di Dati e Finalità del Trattamento

I Dati da Lei forniti saranno di carattere Personale (ad es. nome, cognome, data e luogo di nascita, ...), i quali saranno raccolti e trattati sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

Nella gestione della prestazione sanitaria potrebbero essere raccolti Dati Personali c.d. "Sensibili" quali, ad esempio:

- dati attinenti alle convinzioni religiose;
- dati attinenti alle opinioni politiche;
- dati attinenti alle adesioni ai partiti politici o ai sindacati;
- dati attinenti allo stato di salute;
- dati attinenti alla genetica;
- dati attinenti alla sfera giudiziale;
- dati attinenti alla biometrica.

Il trattamento dei Dati Sensibili sopra indicati sarà oggetto di misure di sicurezza ulteriori rispetto al trattamento degli altri dati.

I dati da Lei forniti su base volontaria verranno trattati esclusivamente per la finalità sopra indicata. I Dati non necessari ai fini sopra indicati verranno distrutti all'atto della raccolta.

Si specifica che in caso di mancato consenso non sarà possibile dare seguito alla finalità del trattamento.

☐

DO IL CONSENSO

☐

**NEGO IL
CONSENSO**

Firma dell'interessato

Luogo, data.....

.....

Limitatamente ai Dati per cui Lei ci conferisce espresso consenso al Trattamento, questi verranno trattati per la gestione dei processi decisionali automatizzati. Nel caso di mancato consenso al Trattamento dei Dati non ci saranno processi decisionali automatizzati (ad es. qualsiasi trattamento volto ad analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, il comportamento, ecc...).

☐

DO IL CONSENSO

☐

**NEGO IL
CONSENSO**

Firma dell'interessato

Luogo, data.....

.....

Punto B - Tempo di Trattenimento del Dato

I dati raccolti saranno conservati dal momento della richiesta e fino a 5 anni successivi alla chiusura del rapporto, fatto salvo leggi speciali; termine nel quale verranno distrutti.

Punto C - Diritti dell'Interessato

	RIAH SALUTE	Informativa al Trattamento dei Dati Personali per i pazienti minorenni Rif. Artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679	DATA: 03/05/2023 Rev: 01 Ed.: 01
--	-----------------------	--	--

In relazione al trattamento dei suoi dati personali, le viene garantito l'esercizio dei seguenti diritti:

- 0.
 1. Diritto a ricevere oralmente il contenuto dell'Informativa.
 2. Diritto di Accesso ai dati a Lei afferenti.
 3. Diritto di Rettifica dei dati inesatti e di integrazione dei dati incompleti.
 4. Diritto alla Cancellazione dei dati (Diritto all'Oblío).
 5. Diritto di Limitazione del trattamento dati.
 6. Diritto alla Portabilità dei dati.
 7. Diritto di Opposizione ai processo automatizzati.
 8. Diritto di proporre Reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy).
- I suoi diritti potranno essere esercitati scrivendo alla mail dpo.privacy@riah.it

Punto D - Titolare

Il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è **RIA H RIABILITAZIONE S.r.l.**, (P.IVA/C.F. 00952240570), con Sede Legale in Via dell'Industria, 27 – 02015 Cittaducale (RI), Tel. 07461970309, PEC riah@pec.it

Punto E – Data Protection Officer

Il Data Protection Officer (di seguito DPO) è **Giuliano PALOTTO**, con recapiti presso il titolare del trattamento.

Identificazione dell'Interessato

Ai sensi degli Artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679, il sottoscritto:

Cognome Nome

Nato a il

Documento di Riconoscimento:

Tipo Numero

Rilasciato da il

Scadenza

In qualità di Interessato dichiara di avere ricevuto e compreso l'informativa circa:

- 1) la natura del conferimento dei dati.
- 2) Le conseguenze di un eventuale mancato consenso.
- 3) I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati.
- 4) I diritti di cui al REG. UE 2016/679
- 5) Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati.
- 6) Gli estremi identificativi del Titolare e del DPO.

Firma dell'interessato

Data e Luogo

.....



RIAH
SALUTE

**Informativa al Trattamento dei
Dati Personali
per i pazienti minorenni**
Rif. Artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679

DATA: 03/05/2023
Rev: 01
Ed.: 01

CONSENSO DEGLI AVENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE DEL MINORE

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679, il/la/i sottoscritto/a/i:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Documento di Riconoscimento: Tipo _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____

con scadenza _____

e

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Documento di Riconoscimento: Tipo _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____

con scadenza _____

In qualità di: soggetto/i avente/i rappresentanza legale e/o la responsabilità genitoriale di

dichiara di avere ricevuto e compreso la suestesa informativa in merito alla Protezione dei dati personali e ai diritti riservati all'interessato e pertanto, per il tramite della firma autografa qui sotto volontariamente e liberamente espressa,

☐ **DO/DIAMO IL CONSENSO**

☐ **NON DO/NON DIAMO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali per la finalità dell'istanza

Data _____

Firma/e degli aventi responsabilità genitoriale del minore

