

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Invio dei referti mediante posta elettronica

(ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR)

Ad integrazione di quanto contenuto nell'informativa generale sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito www.asp.sr.it, si forniscono le seguenti informazioni aggiuntive riguardanti l'invio dei referti medici ad un indirizzo di posta elettronica indicato dall'utente.



TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa [ASP], nella persona del legale rappresentante pro tempore, con domicilio per la carica in Corso Gelone nr. 17 – 96100 Siracusa (SR), pec direzione.generale@pec.asp.sr.it.



DPO

In ottemperanza a quanto previsto dal GDPR, questa ASP ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD (nell'accezione inglese: Data Protection Officier – DPO), i cui dati di contatto sono i seguenti: Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa - Alla cortese att.ne del Responsabile della Protezione dei Dati - Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR) - PEC: rpd@pec.asp.sr.it



FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

La trasmissione dei referti medici mediante posta elettronica viene effettuata su richiesta dell'utente per rendere più agevole la consegna dei risultati degli esami clinici.

Il trattamento viene effettuato previa acquisizione del consenso dell'interessato (art. 6 lett. a del GDPR).



CATEGORIE DI INTERESSATI

Gli Interessati sono i pazienti che hanno fatto accesso e ricevuto prestazioni dall'ASP.



TIPI DI DATI TRATTATI

Per l'invio dei referti mediante posta elettronica, vengono trattati dati anagrafici (nome, cognome, ecc...) nonché l'indirizzo di posta elettronica fornito dall'interessato.

Nei referti medici sono presenti dati appartenenti a categorie particolari di tipo sanitario (art. 9 del GDPR).

Nel caso di test genetici ed esami per l'accertamento dell'infezione da HIV, è prevista la consegna del referto da parte del personale dell'ASP e dunque non sarà possibile richiederne l'invio online.



NATURA OBBLIGATORIA DEL CONFERIMENTO

L'invio online del referto medico è facoltativo. In caso di rifiuto, il referto medico potrà essere ritirato in formato cartaceo presso gli sportelli dedicati.



MODALITA' DI TRATTAMENTO E SICUREZZA

I dati personali saranno trattati – secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

Il file contenente il referto è protetto mediante una password che verrà trasmessa all'interessato separatamente.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.



COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I dati trattati non sono oggetto di diffusione (non possono cioè essere resi noti ad un numero indistinto di soggetti) e saranno comunicati esclusivamente all'indirizzo mail fornito dall'interessato.

Possono essere comunicati al personale appositamente autorizzato al trattamento dei dati che, a vario titolo, è coinvolto nella predisposizione della documentazione sanitaria e nell'assolvimento dei compiti di natura amministrativo/contabile.



PERIODO DI CONSERVAZIONE

La mail contenente i suoi dati personali e particolari sarà cancellata entro 24 ore dall'inoltro. Sarà custodita soltanto copia del corpo della mail contenete nota di accompagnamento all'allegato.

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INVIO DEI REFERTI MEDIANTE POSTA ELETTRONICA

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

_____ il ____ / ____ / ____ , residente a _____

in Via/Piazza _____ telefono _____

C.F. _____

per sè medesimo (diretto interessato)

esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore

di sostegno) _____ del/Illa _____ Sig./Sig.ra _____

_____, nato/a _____

il ___ / ___ / ___, residente a _____ in

Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta di Identità Passaporto Altro _____

N° _____ rilasciato da _____

DICHIARA

- di avere ricevuto e compreso il contenuto dell'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail;
- di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'ASP di Siracusa, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto;
- di voler ricevere il referto al seguente indirizzi di posta elettronica:

_____ @ _____

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail 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 sospenderne/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Siracusa ___ / ___ / ___ Firma del Richiedente _____

Nome file	Modulistica GDPR - MOD001 - Informativa e Consenso - INVIO REFERTI - Rel1.doc
Data Versione	lunedì 28 ottobre 2022
Disclaimer	La validità delle indicazioni del presente documento è relativa alle informazioni disponibili alla data di versione. Eventuali ulteriori chiarimenti sulla normativa saranno oggetto di successivi aggiornamenti.