

Prot.486/2018

**INFORMATIVA AI PAZIENTI**  
**(Ai sensi Art.13 GDPR et Dlgs 196/2003)**

Gentili signori,

*desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, sia farmaceutiche che specialistiche, correlate ad esigenze di salute.*

*Io sottoscritto/a Dr./Dr.a .....Qualifica..... indirizzo Mail di contatto.....Cell di contatto.....assumo la qualifica di TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, che Voi avete deciso liberamente, chiaramente e consapevolmente scelto di fornirmi, dopo aver letto la presente informativa.*

*Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.*

*I vostri dati personali e di salute sono raccolti al solo fine di ottemperare a quanto richiesto dal mio ruolo e dalle mie funzioni di : ( evidenziare o indicare solo la qualifica adatta)*

- *Medico di Medicina Generale,*
- *Pediatra di libera scelta;*
- *Specialista in .....*
- *Altro*

*Quanto sopra , in accordo e come disciplinato dal Contratto Nazionale di Categoria e come governato dal Codice Deontologico dei Medici Chirurghi, in ottemperanza dei LEA, che ne costituiscono Base giuridica per il trattamento medesimo.*

*Anche in caso di uso di utilizzo di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (i sostituti, il /lo specialista )che possono conoscerli per necessità di consultazione e confronto, dietro vostro espresso consenso.*

*I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia previsto dalla legge.*

*Si possono fornire informazioni sul vostro stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa indicazione.*



*I vostri dati personali saranno custoditi e conservati per tutto il periodo di cura e trattamento che voi sceglierete di porre in atto con il/la sottoscritta, e in osservanza dei limiti previsti per la conservazione dei dati clinici e cartelle cliniche e/o patient summary.*

*In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo, chiederne la cancellazione o la limitazione nell' utilizzo dei medesimi.*

*Per ogni ulteriore attività da svolgere nel vostro interesse, o per finalità scientifiche o di ricerca sarà mia cura informarvi in modo più preciso*

Data e Firma del medico