



INFORMATIVA DIRETTA

AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

La CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A., nella persona del legale rappresentante *pro-tempore*, P.I. 00305320343, con sede in piazza Athos Maestri n. 5, 42123 PARMA, desidera informarLa che il Regolamento 2016/679/UE, altresì definito all'interno del presente documento giuridico con l'acronimo di GDPR (*General Data Protection Regulation*) prevede la tutela dei dati personali delle persone fisiche.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo, comunichiamo le seguenti informazioni:

- TITOLARE DEL TRATTAMENTO E SUOI RECAPITI:** l'identità del titolare del trattamento è CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A., nella persona del legale rappresentante *pro-tempore*, e i recapiti mediante i quali è possibile avere un contatto con il medesimo sono i seguenti: tel. 0521/249611, fax 0521/493474, mail info@clinicacdp.it
- RECAPITI DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI:** la CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A. ha provveduto alla nomina di un responsabile della protezione dei dati ai sensi degli artt. 37, 38 e 39 del Regolamento UE 679/2016 e i recapiti mediante i quali è possibile avere un contatto con il medesimo sono i seguenti: Tel. 0521/249756, mail : dpo@clinicacdp.it.
- FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** ai sensi dell'art. 13, comma 3 del GDPR, il titolare del trattamento ha deciso l'impiego dei dati precedentemente raccolti per le seguenti finalità: erogazione della prestazione contrattuale concernente prestazioni di natura sanitaria; finalità di tipo amministrativo, contabile e fiscale; finalità di conservazione dei dati per i termini previsti contrattualmente e da legge. Si rammenta che la base giuridica del trattamento è data dal libero consenso espresso dall'interessato in conformità alle normative applicabili.
- DURATA DEL PERIODO DI CONSERVAZIONE:** i dati personali raccolti saranno conservati entro i termini previsti dal regolamento contrattuale e dalle fonti di legge applicabili alla materia in esame.
- DESTINATARI DEI DATI:** i dati anagrafici, gli accertamenti diagnostici, la terapia e le cure a Lei praticate, la diagnosi di dimissione con la relativa scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle normative vigenti, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Autorità di Pubblica Sicurezza e, dietro apposita richiesta, all'Autorità Giudiziaria e agli Enti pubblici preposti alla ricerca storica, scientifica e statistica, oltre ad ogni altro eventuale soggetto previsto dal regolamento contrattuale o da legge. Il titolare del trattamento potrà avvalersi di incaricati debitamente formati e di soggetti esterni alla propria organizzazione che verranno all'uopo nominati. Il trattamento potrà avvenire in modalità cartacea, digitale, telematica e di altro tipo. I dati non verranno diffusi.



6. **DIRITTI DELL'INTERESSATO:** l'interessato o colui che lo rappresenta, può esercitare in ogni momento il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione degli stessi, di opposizione e di limitazione al trattamento oltre al diritto alla portabilità dei dati, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e delle altre normative dell'Unione o nazionali applicabili. L'interessato o il suo rappresentante hanno diritto di proporre reclamo in qualsiasi momento alla competente autorità di controllo laddove ravvisino una violazione del Regolamento UE 679/2016 oppure un in relazione a disposizioni realitive alla materia della protezione dei dati personali.
7. **OBBLIGATORIETÀ DEL CONFERIMENTO DEI DATI:** si informa l'interessato che lo stesso è tenuto a fornire i propri dati poiché l'invio e il trattamento degli stessi è necessario per il titolare del trattamento al fine dell'adempimento degli obblighi discendenti dal contratto di erogazione della prestazioni di natura sanitaria . Si informa l'interessato che , nel caso non fornisca i propri dati richiesti ed oggetto della presente informative, la conseguenza sarà l'impossibilità di stipulare erogare la prestazione sanitaria . Nel caso in cui il contratto sia già stato stipulato, il titolare del trattamento potrà scioglierlo in ogni momento con addebito al comportamento ingiustificato di controparte.



CONSENSO al TRATTAMENTO

Desideriamo informarLa che i dati personali (Nome Cognome indirizzo mail e/o numero di cellulare) raccolti, e trattati nel pieno rispetto delle disposizioni normative nazionali, comunitarie e internazionale applicabili, con specifico riferimento ai principi vigenti in materia di tutela dei dati personali delle persone fisiche, potranno essere utilizzati per inviarVi via e-mail oppure via sms sondaggi di opinione e di gradimento, newsletter, comunicazioni commerciali anche di tipo promozionale e/o inviti ad eventi di cui è parte o che organizza il Titolare

Il/la sottoscritto/a

*Cognome
Codice fiscale*

Nome

Luogo e data di nascita

*telefono
Mail:*

ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera a) e dell'art. 9, paragrafo 2, lettera a), presta il suo consenso al trattamento, comunicazione, diffusione dei dati personali per la finalità di seguito espressa:

Finalità : di informazione e aggiornamento sanitario e comunicazioni di tipo commerciali della Casa di Cura Città di Parma.

Presto il consenso

Non presto il consenso

- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ai sensi dell' art 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Data.....

Il sottoscritto _____

(In qualità di _____)

Firma leggibile.....