

## ALLEGATO D

### **Informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)**

Gentile Signore/a

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo UE 2016/679 ed il relazione alle informazioni di cui si enterà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa di quanto segue.

#### **1. Finalità del trattamento**

I dati dal Lai forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di dare completa operatività al Progetto Help Sevice, nell'ambito della continuità ospedale territorio e quindi delle dimissioni protette della persona fragile.

#### **2. Modalità del trattamento**

I dipendenti asl (o assimilabili) autorizzati al trattamento dei suoi dati personali sono stati all'uopo appositamente nominati dai rispettivi Direttori. Detti lavoratori trattano i suoi dati in modo corretto, usando la carta od il computer, rispettando la legge sulla privacy, i codici deontologici, il segreto professionale ed il segreto d'ufficio.

I dati trattati possono essere "comuni" (come, ad esempio, nome ed indirizzo) o "sensibili" (come, ad esempio, quelli di salute)

I soggetti fornitori dei pacchetti-servizio sono autorizzati al trattamento dei suoi dati in qunato nominati con apposito atto da parte del Responsabile del Trattamento, Dott.ssa Manuela Folena, Direttore Amministrativo di zona Distretto e Responsabile Protezione Dati (RPD).

#### **3. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati per la finalità di cui al punto 1 sono obbligatori per poterle garantire una corretta valutazione socio-sanitaria al fine di predisporre un progetto assistenziale utile alla dimissione protetta ed alla contnuità assistenziale, nell'ambito del Progetto Help Sevice.

#### **4. Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati da Lei conferiti potranno essere comunicati alla Regione Toscana, all'Unione Europea, al suo Comune di residenza, al Ministero della Salute, ad altre Aziende Sanitarie od ospedaliere, ai fornitori del pacchetto Help Sevice

#### **5. Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest, nella persona del Direttore Generale, Dott.ssa Maria Letizia Casani.

#### **6. Responsabile della Protezione Dati**

Responsabile della Protezione Dati (RPD) Dott.ssa Manuela Folena.

#### **7. Diritti dell'interessato**

In ogni momento Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n.

2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità di trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione di trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento, senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sulla liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
- j) proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a [dirigen@uslnordovest.toscana.it](mailto:dirigen@uslnordovest.toscana.it) o all'indirizzo postale Via Antonio Cocchi – Pisa.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

\_\_\_ esprimo il consenso      \_\_\_ non esprimo il consenso  
al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari

\_\_\_ esprimo il consenso      \_\_\_ non esprimo il consenso  
alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e soggetti privati per le finalità proprie del progetto Help Service

\_\_\_ esprimo il consenso      \_\_\_ non esprimo il consenso  
al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede

FIRMA

\_\_\_\_\_

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 23/03/2022 12:16:10

IMPRONTA: 30313035666637363664386139613233353436313531306631616531333131333230363939396134