



POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO
“IL SORRISO”
F.lli Gardinazzi

DELEGA RITIRO REFERTI

I referti devono essere ritirati dalla persona interessata o da persona munita di delega e documento di identità valido, **entro i 60 giorni** successivi alla prestazione.

I referti posso essere scaricati dal sito internet www.centroradiologicoilsorriso.it, accedendo nell'area dedicata con le proprie credenziali, **entro i 15 giorni** successivi alla ricezione dell'SMS contenente OTP.

In questo caso è necessario che il paziente **esprima il proprio consenso** affinché gli esiti possano essere resi disponibili nel portale.

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI

POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO IL SORRISO S.r.l. , con sede in Noviglio, Via Dante 1, Tel.3485703005 e-mail, privacy@centroradiologicoilsorriso.it in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("RGPD"), in ottemperanza agli obblighi dettati dal legislatore a tutela della privacy, con la presente desidera informarLa in via preventiva, tanto dell'uso dei suoi dati personali, quanto dei suoi diritti, comunicando quanto segue:

POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO IL SORRISO S.r.l. ai sensi dell'art. 24 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei **dati personali**, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito: "Regolamento UE"), è Titolare del trattamento dei dati personali ed in attuazione dell'art. 13 del Regolamento UE, La informa che i dati personali acquisiti, anche con riferimento ai rapporti giuridici in essere formano oggetto di **trattamento** nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Finalità, base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del trattamento:

I Dati Personali raccolti saranno trattati per:

- A erogare i servizi richiesti (eseguire la prestazione di analisi, fornire chiarimenti, e, in generale, per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili, connesse all'esecuzione del rapporto tra le parti);
- B assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria; comunicare i suoi Dati Personali al suo medico curante;

Destinatari e trasferimento dei Dati Personali

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti e/o collaboratori del Titolare);
- professionisti che prestano attività di assistenza e consulenza al Titolare i quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento;
- soggetti, enti o autorità a cui sia obbligatorio comunicare i suoi Dati Personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di ordini delle autorità (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Agenzia delle Entrate, Sistema Tessera Sanitaria);
- al suo medico curante, previo rilascio del suo consenso specifico.

Il Titolare **non** prevede il trasferimento dei Dati Personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

Conservazione dei Dati Personali

I suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera A) saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche e dei servizi richiesti. È fatta salva in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile tra cui quella prevista dall'art. 2946 c.c.

I suoi Dati Personali trattati per la finalità di cui alla lettera B) saranno conservati fino al tempo previsto dallo specifico obbligo o norma di legge o provvedimento applicabile.

È fatta salva in ogni caso la possibilità del Titolare di conservare i suoi Dati Personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge nazionale a tutela dei propri interessi (art. 2946 c.c.).

I suoi diritti

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dagli artt. 17 e 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento (diritto alla portabilità dei dati).

Le richieste potranno essere rivolte a:



POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO
"IL SORRISO"
F.lli Gardinazzi

Titolare del trattamento - POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO IL SORRISO S.r.l.: privacy@centroradiologicoilsorriso.it

Responsabile Protezione Dati – Dott. Michele Pavesi – mail: dpo_privacy@pec.net.it

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali), ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati Personali sia contrario alla normativa in vigore.

Si invita comunque a prendere visione dell'informativa completa, richiedendola agli sportelli della nostra struttura o scaricandone copia dal nostro sito internet www.centroradiologicoilsorriso.it.

Pertanto, ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di tutela della riservatezza e protezione dei dati personali e particolari (atti cioè a rivelare lo stato di salute di un soggetto) GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/03 novellato dal D.Lgs. 101/18 e GDPR 679/16.

GLI OPERATORI IMPIEGATI PRESSO GLI SPORTELLI NON POSSONO ATTUARE ALCUNA DEROGA

Gentile Paziente,

Le ricordiamo che:

- per ritirare gli esami è **necessario riportare questo foglio**
- **il ritiro dei referti è subordinato alla maggiore età. In caso di persona minorenni, il ritiro potrà essere effettuato esclusivamente da chi ne detiene la Potestà – Responsabilità Genitoriale**
- **al ritiro, in ottemperanza al Regolamento UE 679/2016, occorre presentare un documento di riconoscimento valido in originale (carta d'identità, passaporto, altri documenti equipollenti in base all'art. 35, comma 2, del DPR 445/2000)**

LA DELEGA

Se non potrà ritirare personalmente i suoi esami, in ottemperanza al Regolamento UE 679/2016, La preghiamo **di compilare la presente delega** che dovrà essere consegnata dalla persona che incaricherà per il ritiro.

Le ricordiamo inoltre che per il ritiro occorre:

- **consegnare copia fotostatica del documento d'identità** (carta di identità, passaporto, patente o altri documenti equipollenti in base all'art. 35, comma 2, del DPR 445/2000) del delegante
- **presentare documento in originale del delegato**

Il/la sottoscritto/a _____, (cognome e nome)

nato/a il _____ a _____, e residente a _____

- **GENITORE O TUTORE del minore:** Nome e Cognome _____

nato/a il _____ a _____, e residente a _____

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY O DI AVERNE RICEVUTO ADEGUATA SPIEGAZIONE

E DELEGA il/la sig./ra _____, (cognome e nome)

munito/a del seguente documento di riconoscimento **in corso di validità**:

☐ DOCUMENTO: _____ N. _____

Firma leggibile del delegante _____