



## 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](http://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 RADILOGICO IL SORRISO S.r.l., con sede in Noviglio, Via Dante 1, Tel.3485703005 e-mail, [privacy@centroradiologicoilsorriso.it](mailto: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 RADILOGICO 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 Personalni 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 Personalni al suo medico curante;

#### Destinatari e trasferimento dei Dati Personalni

I suoi Dati Personalni 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 Personalni 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 Personalni al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

#### Conservazione dei Dati Personalni

I suoi Dati Personalni 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 Personalni 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 Personalni 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 Personalni, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti degli 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:



Titolare del trattamento - POLIAMBULATORIO RADILOGICO IL SORRISO S.r.l.: [privacy@centroradiologicoilsorriso.it](mailto:privacy@centroradiologicoilsorriso.it)

Responsabile Protezione Dati – Dott. Michele Pavesi – mail: [dpo\\_privacy@pec.net.it](mailto: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 Personalii), ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati Personalii 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](http://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 minorenne, 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 \_\_\_\_\_