FONDAZIONE POMPEO E CESARE MAZZOCCHI ONLUS

Agli ospiti e loro famigliari

Oggetto: informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che la nostra organizzazione ha improntato le proprie attività in modo da offrire la massima tutela dei suoi dati personali, che lei ci fornisce o di cui comunque venissimo a conoscenza.

Si tratta dei dati necessari per la gestione della sua permanenza presso la nostra struttura, tra i quali sono compresi dati di categorie particolari, di cui la normativa prevede una speciale tutela; in particolare i dati relativi alle sue condizioni di salute ed alle sua abitudini sono necessari per la definizione delle terapie e delle assistenze necessarie.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma le precisiamo al riguardo che il mancato consenso al trattamento o il mancato conferimento di alcuni dati potrebbe rendere impossibile il proseguimento del servizio che le viene prestato e la sua permanenza nella nostra struttura.

Precisiamo inoltre che, per esclusivi fini di sicurezza e tutela del patrimonio e delle persone, è installato un sistema di videosorveglianza nelle aree interne ed esterne della struttura di Coccaglio, le cui immagini sono registrate e visualizzate da persone appositamente incaricate. I dati raccolti sono protetti da idonee e preventive misure di sicurezza e le immagini vengono conservate per un periodo di tempo conforme alle disposizioni del Garante a protezione dei dati personali e poi automaticamente cancellate.

Possono inoltre essere raccolti materiali di tipo fotografico e audiovisivo in occasione di eventi come feste, pubbliche manifestazioni ecc., servizio di pet-therapy oltre che per l'identificazione dell'ospite.

Premesso che tutti i dati saranno utilizzati esclusivamente in funzione della diretta finalità per cui ci sono forniti, la invitiamo a fornirci il suo consenso.

Consideri inoltre che:

- Oltre al personale della Fondazione, potranno avere accesso ad alcuni dei dati anche persone prestano la loro opera presso la nostra struttura, anche in base a contratti della Fondazione con altri soggetti di cui ci avvaliamo per taluni servizi,
- i dati potranno essere da noi trasmessi a ATS, medici, consulenti e società di consulenza, enti locali ed altri Enti Pubblici e del privato sociale, società di assicurazione, enti previdenziali ed assistenziali. Sarà nostra cura limitare la trasmissione ai soli dati effettivamente necessari per la gestione del rapporto,
- In ogni momento lei potrà chiedere, fermo restando quanto sopra detto in riferimento al mancato consenso, di esercitare i suoi diritti, compresi l'accesso ai dati personali trattati, la richiesta di procedere alla loro rettifica o cancellazione, alla limitazione del trattamento, nonché quello di proporre reclamo al Garante della Privacy.
- i dati sanitari relativi alle prestazioni che riceverà dalla Fondazione potranno essere messi a disposizione per il loro eventuale utilizzo nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nell'ambito del progetto CSR-SISS della Regione Lombardia.

Titolare del trattamento è la Fondazione Pompeo e Cesare Mazzocchi Onlus, con sede a Coccaglio (BS) in via Vittorio Emanuele II, 26.

Timbro e firma …….

OSPITI E PARENTI

Spett.le
Fondazione P. e C. Mazzocchi Onlus

Oggetto: Consenso al trattamento dei dati personali e/o materiale video-fotografico

Io sottoscritto (nome e cognome)_____ ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679, avendo ricevuto tutte le informazioni contenute nell'informativa riprodotta in calce, che mi è stata consegnata,

esprimo il pieno e libero consenso

al trattamento dei miei dati personali e alla realizzazione di materiale video fotografico

per le finalità e con le modalità e i limiti descritti nell'informativa.

Consapevole delle disposizioni regionali in ordine all'entrata in RSA (solo per gli ospiti accreditati ATS), esprimo il mio consenso per il passaggio ai medici della struttura e alla cura da parte degli stessi.

Comunico già fin d'ora che i dati riferiti al mio stato di salute potranno essere comunicati:

- solo a me
- anche ai miei famigliari ……..
- ad altri soggetti ……..

Sono a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a Fondazione P. e C. Mazzocchi Onlus, la stessa potrebbe mettere a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).

Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base (solo per ospiti non accreditati) dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

data_____ In fede _____

In caso di impossibilità da parte dell'utente di esprimere il consenso informato:

- Tutore ……
- Curatore ……
- Amministratore di sostegno……..
- I familiari:

Cognome nome	Grado di parentela	Cognome nome	Grado di parentela