

FONDAZIONE "CONTE DR. CARLO CARACCI" ONLUS
Via Roma 46 - 46010 Gazzuolo (MN)
Tel. 0376/97202 Fax 0376/97108
e-mail: rsacaracci@libero.it
C.F.: 80006850202 P.I.: 01569660200

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 - Dlgs 196/03)

Gentile Signore/Signora, _____

In relazione al suo ingresso in struttura, nel presente documento sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuate dall'ENTE IN INTESTAZIONE, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

BASE GIURIDICA e FINALITÀ del TRATTAMENTO

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ai sensi della D.G.R. Lombardia 2569/2014 nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

I Suoi dati personali comuni (es. dati anagrafici, codice fiscale, tessera sanitaria, recapito telefonico ecc.) e particolari, ossia relativi allo stato di salute, sono trattati, cioè utilizzati, secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità, trasparenza e non eccedenza, rispetto agli scopi per i quali sono raccolti, ai sensi dell'art.9 co.2 lett.h) del Reg.UE 16/679 ed il suo consenso sarà implicito nella richiesta di servizio.

Per questo motivo, il rifiuto di comunicarli potrebbe comportare gravi difficoltà nel fornirle adeguata assistenza sanitaria, fatta eccezione per le prestazioni urgenti e/o disposte per legge.

Le informazioni che La riguardano vengono raccolte direttamente presso di lei in occasione di una visita, di un esame o di ogni altra prestazione sanitaria fornita dall'ENTE IN INTESTAZIONE in regime residenziale ma potrebbero derivare anche da fonti terze come il Fascicolo Sanitario Elettronico del SSN; esse sono utilizzate per tutela della salute, ossia attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; attività amministrative, gestionali e contabili, correlate alle prestazioni sanitarie fruite; attività certificatorie relative allo stato di salute; attività epidemiologica e statistica; altri adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento. Altre finalità connesse potranno essere attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di congruità delle prestazioni erogate; possibili anche, previa Sua esplicita disponibilità, indagini e questionari di valutazione del gradimento.

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati.

Ulteriori trattamenti dei Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, previa ulteriore nota informativa e, dove richiesto, previo rilascio di specifico consenso. Si

tratta ad esempio di trattamenti: ai fini di implementazione del Dossier Sanitario Elettronico; ai fini di implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia; per scopi di ricerca scientifica anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; nell'ambito della teleassistenza/telemedicina, al fine di consentire la trasmissione a distanza di tracciati e immagini, anche tramite un collegamento telematico bidirezionale con altre strutture.

A CHI SI COMUNICANO I DATI

I dati personali e sensibili non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi/comunicati agli enti competenti, di seguito indicati, per finalità amministrative e istituzionali e per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa: soggetti pubblici (altre Aziende Sanitarie, Regione, Comuni, INAIL, INPS, MMG/PLS, ecc.) e/o privati (Strutture sanitarie private, come laboratori di analisi) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale; compagnia assicurativa dell'ENTE IN INTESTAZIONE al fine di tutelare gli operatori e l'Ente stesso nelle ipotesi di responsabilità; Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita; Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza.

Nei casi espressamente previsti dalla legge; **soggetti terzi** che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Ente, sono appositamente qualificati "Responsabili del Trattamento" e tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati, in virtù di apposito atto stipulato con l'Ente. Il nominativo dei responsabili del trattamento nominati è a sua disposizione su richiesta. Detti soggetti assumono in proprio l'onere di informare l'interessato sui trattamenti svolti, eventualmente, in qualità di autonomi titolari.

I Suoi dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale diversi dai paesi o dalle organizzazioni soggetti alle norme di diritto UE.

PROFILAZIONE

All'ingresso in RSA è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" mediante processi decisionali informatizzati secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare.

L'RSA utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se questi modificano la Classe/profilazione.

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento interno denominato Protocollo di gestione della Cartella Clinica e Massimario di scarto adottato in conformità della DGR Lombardia:Decreto n. 15229 del 1 dicembre 2017 - Approvazione della "versione 04" del "Titolario e massimario del sistema sociosanitario lombardo, già sistema sanitario e sociosanitario di Regione Lombardia" (in vigore dal 1.1.18)

DIRITTI DELL' INTERESSATO e RECLAMO

La normativa vigente Le conferisce il diritto di esercizio di specifici diritti. In qualità di interessato, previa **richiesta scritta**, rivolta al Titolare o al Responsabile del Trattamento Lei potrà richiedere l'accesso ai dati personali per conoscerne l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano, nonché la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici; ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che La riguardano, la cancellazione, la

trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati, o l'oscuramento se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; richiedere la trasmissione dei propri dati personali ad un'altra struttura sanitaria in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (c.d. portabilità dei dati); opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta e nei limiti delle leggi vigenti.

Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi dati personali potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento, nei casi in cui viene prestato un consenso al trattamento dei dati personali, è riconosciuta a lei la facoltà di revocarlo. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Sono fatti salvi i limiti imposti dalla legge. La revoca dovrà essere espressa per iscritto.

La revoca potrebbe comportare gravi difficoltà nel fornirle adeguata assistenza sanitaria, fatta eccezione per le prestazioni urgenti e/o disposte per legge.

CONTATTI E RICHIESTE

Le modalità attraverso le quali l'interessato può rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti a lui riservati dalla legge sono

A questo proposito la informiamo che il Resp. della Protezione Dati del Titolare è.....contattabile presso l'ENTE agli usuali recapiti

Formula dei CONSENSI al TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

Il sottoscritto _____ (Ospite capace oppure il familiare di riferimento) _____

in qualità di:	
<input type="checkbox"/> Figlio	<input type="checkbox"/> Tutore
<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Curatore
<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Altro _____
residente in _____ via _____	
i cui recapiti telefonici sono _____	
viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,	

- 1) **DATI FAMILIARE DI RIFERIMENTO** - dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona interessata al ricovero e/o dei propri;

Data _____ In fede _____

- 2) **PRESENZA** - Il sottoscritto, come sopra identificato **acconsente**, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla mera **presenza** di me medesimo o dell'interessato presso questa struttura a:

- a nessuno
- solo a
- a tutti coloro che lo richiedano

Data _____ In fede _____

- 3) **NOME E IMMAGINI FOTOGRAFICHE ALL'INTERNO**- Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per la redazione di **VOLANTINI O LIBELLI** e per finalità ricreative all'interno della struttura;

Il sottoscritto, come sopra identificato, esprime specifico consenso per i trattamenti suddetti:

Data _____ In fede _____

4) **FASCIOLO INFORMATIZZATO Interno - DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO** - Integriamo qui le sole note aggiuntive ai sensi del D.lgs 196/2003 – Codice Privacy -. art. 78, comma 5 (Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015)

Il trattamento dei dati personali effettuato mediante il **Dossier Sanitario Elettronico**, perseguendo le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, deve uniformarsi al principio di autodeterminazione (artt.75 e ss. del D.lgs 196/03).

Il Dossier Sanitario è una raccolta contenente diverse informazioni inerenti lo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e passati (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volto a documentarne la storia clinica dell'assistito. La raccolta avviene con **strumenti informatici** tali da consentire che i **dati personali siano collegati tra loro**: ciò rende possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei **diversi professionisti** che prendono **nel tempo** in cura l'interessato.

Si evidenzia che la costituzione di un dossier sanitario il più possibile completo che documenti la storia sanitaria dell'interessato ha lo scopo di **migliorare il suo processo di cura**.

In particolare la informiamo che:

- in relazione alle finalità perseguite con la costituzione del dossier sanitario, l'accesso a tale strumento è consentito solamente per fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato e unicamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con conseguente esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, nonché del personale medico che agisca nell'esercizio di attività medico-legali;
- il dossier sanitario può essere consultato soltanto da quegli esercenti la professione sanitaria che a vario titolo prenderanno in **cura l'interessato**, secondo modalità tecniche di autenticazione che consentano di autorizzare l'accesso al dossier sanitario da parte del medico che ha in cura l'interessato; il personale amministrativo è autorizzato per finalità strettamente inerenti;

Quando costituito, il dossier sanitario potrebbe essere consultato, anche senza il suo consenso, ma nel rispetto delle Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Le banche dati sono conservate tramite servizi Cloud: le banche dati sono geograficamente posizionate sul territorio Europeo. Esse sono soggette alle norme sulla sicurezza dei dati come vigenti in Italia.

Il Resp. del Trattamento anche in relazione al profilo della sicurezza delle banche dati del Dossier Sanitario Elettronico è la ditta: SoftwareunoSrl nella persona del Sig. Paolo Galfione.

La creazione del Dossier e la consultazione delle informazioni in esso indicizzate o contenute sono operazioni che possono avvenire solo attraverso un triplice consenso: dettagliato, specifico ed esplicito dell'interessato.

L'eventuale mancato consenso totale o parziale alla costituzione del dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

All'interessato sono riservati diritti specifici ed in particolare:

- ✓ **richiedere di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier** con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso;
- ✓ **oscurare alcuni eventi clinici presenti in tale strumento**; il titolare del trattamento garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici (ad es., con riferimento all'esito di una specifica visita specialistica o alla prescrizione di un farmaco) se richiesto.
- ✓ **revocare il consenso**; in caso di revoca (liberamente manifestabile in qualsiasi momento) del consenso, il dossier sanitario non sarà ulteriormente implementato. I documenti sanitari presenti rimarranno disponibili solo al professionista o alla struttura interna al titolare che li ha redatti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno più condivisi da parte di altri professionisti degli altri reparti o altre strutture che prenderanno in cura l'interessato.

Ad ogni richiesta, il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato.

In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

I CONSENSI al Dossier Elettronico

CONSENSO a):

Il trattamento dei dati sanitari effettuato tramite il dossier costituisce un trattamento ulteriore e - come tale - facoltativo rispetto a quello effettuato dal professionista sanitario con le informazioni acquisite in occasione della cura del singolo evento clinico per il quale l'interessato si rivolge ad esso.

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche che mi riguardano.

Data.....In fede.....

CONSENSO b):

L'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier sanitario deve, inoltre, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che le informazioni sanitarie pregresse che lo riguardano non siano inserite in tale dossier. In ogni caso, si sottolinea che non vi è garanzia della completezza delle informazioni cliniche pregresse, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative ad eventi sanitari pregressi che mi riguardano;

Data.....In fede.....

CONSENSO c):

Informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza e dignità personale:

- a) Vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia;
- b) Persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool;
- c) Persone che hanno scelto interventi di interruzione volontaria della gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari;

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative agli eventi sanitari particolarmente sensibili, come sopra indicati anche pregressi che mi riguardano;

Data.....In fede.....

CONSENSO d):

L'inserimento di fotografie di riconoscimento dell'interessato nel Dossier Sanitario a lui riferito deve, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che foto nelle quali egli è riconoscibile non siano inserite in tale dossier.

Acconsento a far costituire un dossier sanitario con fotografie in cui la mia persona sia riconoscibile;

Data.....In fede.....

- 5) **PUBBLICAZIONE INTERNET IMMAGINI (FOTO)-** Reg.UE 16/679 - Integriamo qui le note relative al trattamento delle immagini scattate dal personale del servizio di animazione della struttura durante le attività ricreative a cui liberamente l'Ospite partecipa.

Al mero scopo di allestire materiale divulgativo/informativo delle attività ricreative medesime:

- ✓ **senza erogazione di alcun compenso ai soggetti interessati;** anche ai sensi degli artt. 10 e 320 Codice Civile e degli artt. 96 e 97 Legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore;
- ✓ **dando positivo risalto alle qualità della persona ed all'ambiente in cui essa si trova e nei limiti consentiti a norma dell'art.2-septies comma 8 del Dlgs 196/03;**

autorizzo il trattamento come pubblicazione sul sito internet della struttura o riviste stampate, anche a scopo di promozione dell'attività istituzionale

Data.....In fede.....

XX

(DA ARCHIVIARE SEPARATAMENTE)

- 6) **CULTO RELIGIOSO**–Reg.UE 16/679 –D.lgs 196/03 (Garante Italiano Provve. 515 del 12.11.2014) - Integriamo qui le note relative al trattamento del dato per l'esercizio del culto.

Il conferimento del dato e del tutto libero, la mancata indicazione non precluderà alcun diritto di esercitare il culto, in modo personale, durante la permanenza presso la struttura e precluderà di richiedere assistenza religiosa in ogni momento su sua specifica richiesta.

Quindi, solo se lo desidera, al fine esclusivo di programmare l'assistenza nell'esercizio del culto presso le nostre strutture tramite l'aiuto dei nostri operatori, le chiediamo di comunicarci tramite questo modulo, a quale confessione religione lei appartenga tra le seguenti:

- Cattolica;
- Ortodossa
- Musulmana
- Ebraica
- Altro:.....

La informiamo, inoltre che l'informazione in oggetto non entrerà a far parte del suo fascicolo sanitario: i dati saranno tutelati dal più stretto riserbo, non comunicati a terzi e conservati separatamente dagli altri e limitatamente al tempo durante il quale lei dimorerà presso questa struttura;

Letto quanto sopra, autorizzo il trattamento del dato qui indicato per le finalità in informativa.

INTESTAZIONE ENTE

Data.....In fede.....

FONDAZIONE "CONTE DR. CARLO CARACCI" ONLUS
Via Roma 46 - 46010 Gazzuolo (MN)
Tel. 0376/97202 Fax 0376/97108
e-mail: rsacaracci@libero.it
C.F.: 80006850202 P.I.: 01569660200

Consenso informato all'accesso e permanenza in RSA

 I sottoscritt _____ nat a _____ il
_____ residente a _____ via _____

Informato da _____ (specificare ruolo e nome)

Oppure

 I sottoscritt _____ nat a _____ il
_____ residente a _____ via _____

In qualità di tutore/amministratore/curatore del signor _____
_____ nominato con decreto del Tribunale di _____
_____ del _____

Informato da _____ (specificare ruolo e nome)

- Che la visita valutativa/colloquio informativo avvenuto in data _____ serve per l'accesso presso la R.S.A. Caracci di Gazzuolo.
- Che la stessa è una struttura socio sanitaria residenziale finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali e di mantenimento funzionale in presenza di pluripatologie croniche invalidanti
- Che la R.S.A. ospita persone non autosufficienti non assistibili al domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione
- Che il sottoscritto in qualsiasi momento può fare richiesta spontanea di dimissioni come previsto dal contratto individuale d'ingresso

DICHIARA DI

ACCONSENTIRE ALLA PERMANENZA IN RSA

NON ACCONSENTIRE ALLA PERMANENZA

Data _____

firma _____

DELEGA per l'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO al TRATTAMENTO dei DATI
(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

DELEGA

Il sig. _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

A
FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI
ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE
RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO psico/fisico

nei confronti del TITOLARE _____

Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) _____

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE/UTENTE _____

Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

Il soggetto delegato sarà individuato ai sensi degli art. 82-comma 2, lett. a), del Dlgs 196/2003.

In fede

DATA _____

Nome e cognome MEDICO incaricato _____

Firma MEDICO incaricato _____

FONDAZIONE "CONTE DR. CARLO CARACCI" ONLUS

Via Roma 46 - 46010 Gazzuolo (MN)

Uffici: Tel. 0376/97202 Fax 0376/97108

Reperti: Tel. 0376/97115

e-mail: rsacaracci@libero.it

C.F. 80006850202 P.I. 01569660200

CONSENSO informato per l'utilizzo di IMMAGINI

Reg.UE 16/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Ai sensi dell'art.13 del Reg.UE, e in riferimento ai dati che Vi riguardano, da Voi forniti o da noi acquisiti nell'ambito della nostra attività, Vi informiamo che il titolare del trattamento è l'ente in intestazione, i dati personali conferiti con la presente liberatoria saranno trattati ai sensi della vigente normativa e dei principi di correttezza, nel rispetto dei diritti e dignità della persona esclusivamente con il vostro consenso ai sensi dell'art.6 comma 1 del Reg.UE 16/679; in tale ottica i dati forniti, ivi incluse le immagini fotografiche, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse agli scopi istituzionali dell'ente come indicati di seguito, non conservate per altro né cedute a terzi. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 15 e ss del Reg.UE 16/679 nei limiti previsti dalla legge. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta all'ente agli usuali recapiti: rsacaracci@libero.it - fax 0376/97108
Per approfondimenti è possibile rivolgersi al Resp. della Protezione dei dati Maide Amadori presso l'ente.

Come sopra informato,

il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

per se stesso/a

per il familiare, assistito _____

utente del servizio _____

con riferimento alle immagini (foto) scattate dal personale del servizio di animazione della struttura durante le attività ricreative a cui liberamente partecipo presso

Al mero scopo di allestire materiale divulgativo/informativo delle attività ricreative medesime:

- ✓ senza erogazione di alcun compenso ai soggetti interessati; anche ai sensi degli artt. 10 e 320 Codice Civile e degli artt. 96 e 97 Legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore;
- ✓ dando positivo risalto alle qualità della persona ed all'ambiente in cui essa si trova;

con la presente:

AUTORIZZA

il trattamento all'interno della struttura (cartelloni esposti, opuscoli, volantini distribuiti)

il trattamento come pubblicazione diffusa sul sito internet della struttura o riviste stampate, anche a scopo di promozione dell'attività istituzionale

In relazione a quanto precede approvo le finalità e confermo il mio consenso al trattamento dati.

Luogo e data: _____

Firma: _____