

## DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a .....  
Nato/a il ..... a .....  
Residente a ..... CAP .....  
In Via/Piazza ..... N° .....  
Carta di Identità n. ...., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

### DICHIARA

Di essere  padre  madre  genitore affidatario  tutore curatore amministratore di sostegno del/la **MINORE**: ..... nato/a a ..... il .....

### DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra .....  
Nato/a il ..... a .....  
Residente a ..... in Via/Piazza ..... N° .....  
Carta di Identità n. ....  
ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:  
.....  
Documento esibito dal delegato .....  
  
Luogo e data ..... Firma .....

#### **N.B.:**

- In caso di soggetto minore di 16 anni, la persona delegata deve produrre il modulo del consenso firmato dal genitore che si trova allegato al presente modello
- In caso di soggetto minore di età compresa tra i 16 ed i 18 anni, sarà esgli stesso a sottoscrivere il consenso al trattamento dei propri dati in fase di accettazione .
- La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale ed una fotocopia del documento del minore interessato.
- Nel caso in cui il dichiarante sia: un tutore, curatore, amministratore di sostegno, oltre al documento dovrà fornire copia del provvedimento del giudice tutelare.

I dati personali verranno trattati in conformità al Regolamento UE 679/2016 – GDPR.

Informativa sul Trattamento dei Dati Personali (art. 13 Regolamento UE 679/2016). I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall'art. 7 del medesimo Regolamento.

**Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa**

## **INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO**

### **DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**

*(ex art. 13 GDPR 2016/679)*

Gentile Signora/ Egregio Signore,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento GDPR", **Casa della Salute s.r.l.** in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), con sede legale in Busalla, Largo Milite Ignoto 6/1 - e-mail [info@casasalute.eu](mailto:info@casasalute.eu), Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento alla attività che complessivamente può essere esercitata all'interno della azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere.

I dati personali sopra indicati saranno di seguito definiti congiuntamente come "Dati Personali".

Il Titolare ha nominato un responsabile per la protezione dei dati ("Data Protection Officer" o "DPO") raggiungibile all'indirizzo e-mail: [privacy@casasalute.eu](mailto:privacy@casasalute.eu)

#### **1. Finalità del trattamento e basi di legittimità**

I Suoi dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, e solo previo Suo specifico e libero consenso, per le finalità di seguito indicate:

- a. finalità di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, registrazione delle esenzioni, certificatorie relative allo stato di salute, etc.);
- b. comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato, ove applicabile;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, senza il Suo consenso, per le finalità di seguito indicate:

- c. in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (in particolare in materia di igiene e sanità ed in relazione ad adempimenti fiscali; verifiche di carattere amministrativo, ispezioni di organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria; investigazioni della polizia giudiziaria ecc.);
- d. finalità difensive;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati dal Titolare, solo in forma anonima, per le eventuali finalità di seguito indicate:

- e. attività di programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria, svolte anche attraverso indagini e questionari di valutazione del gradimento.
- f. I Suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Gestione della clientela	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)	Esecuzione di un contratto, di cui l'interessato è parte (Art. 6 GDPR 2016/679)
Prestazioni di natura sanitaria	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Stato di salute - patologie attuali; Stato di salute - patologie pregresse; Stato di salute - terapie in corso; Sesso m/f	Manifestazione del consenso del soggetto interessato (Art. 6 GDPR 2016/679)
Tenuta dei registri contabili	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Normativa Fiscale Nazionale
Adempimenti fiscali	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Normativa Fiscale Nazionale

## 2. Natura del conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto di rispondere

Salvi i casi di urgenza e/o emergenza sanitaria, il conferimento dei dati richiesti per le finalità di cura della salute, ivi comprese quelle amministrative a queste strettamente correlate, indicate al paragrafo 1 lettera a) è indispensabile; il mancato conferimento rende impossibile all'interessato l'accesso alla prestazione sanitaria; mentre il mancato consenso al trattamento dei dati per altre finalità eventualmente perseguite (es. comunicazione dello stato di salute dell'interessato a familiari) non impedisce l'accesso alla prestazione sanitaria.

## 3. Modalità del trattamento

I Suoi Dati Personali saranno trattati - secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza - sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

## 4. Conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nelle procedure aziendali adottate, rese disponibili

**Casa della Salute s.r.l.**

Sede legale: Largo Milite Ignoto 6/1 – 16012 Busalla

p.iva: 02193240997

all'interessato presso l'Ufficio amministrazione.

Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare ovvero presso il DPO ai recapiti sopra indicati.

**5. Categorie di soggetti destinatari dei dati**

Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 1, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute, a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema etc.);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni altamente qualificati per quella prestazione);
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle Autorità;
- l'ambito della comunicazione potrà essere esteso a favore di soggetti terzi aventi diritto e di chiunque l'interessato indichi espressamente come familiari, medico curante etc.
- fornitori di servizi (come consulenti, istituti di credito, enti certificatori, la società di gestione dell'archivio delle cartelle cliniche, gestione delle conferme telefoniche delle prenotazioni di esami e/o visite, ecc..) i quali agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento - strettamente correlati e funzionali all'attività del Titolare.

L'elenco completo ed aggiornato dei destinatari dei dati potrà essere richiesto al Titolare ovvero al DPO, ai recapiti sopra indicati.

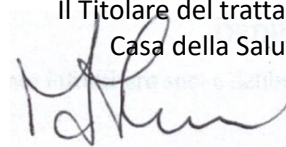
**6. Diritti dell'interessato**

Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR, la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art. 7 del GDPR, di ottenere la portabilità dei dati che La riguardano nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR, nonché proporre reclamo all'Autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR (Garante per la Protezione dei Dati Personali).

Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex articolo 21 del GDPR nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione: il Titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui Suoi interessi, diritti e libertà.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ovvero al DPO ai recapiti sopraindicati; per renderLe più agevole l'esercizio di tali diritti la nostra struttura sanitaria ha adottato una specifica procedura in materia e ha adottato un format che potrà richiedere presso l'Ufficio accettazione

Il Titolare del trattamento  
Casa della Salute s.r.l.



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

In qualità  padre  madre  genitore affidatario  tutore curatore amministratore di sostegno

del/la **MINORE**:..... nato/a a ..... il .....

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Casa della Salute s.r.l. secondo le finalità riportate di seguito:

**Registrazione e gestione amministrativa pazienti, Assistenza nella cura dei pazienti**

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Terapie in corso (Dati relativi alla salute); Patologie pregresse (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

**Registrazione e gestione amministrativa pazienti**

**Assistenza nella cura dei pazienti**

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:  
Impossibilità di fornire la prestazione richiesta*



Genova | Busalla | Alessandria | Albenga

## **Casa della Salute s.r.l.**

Sede legale: Largo Milite Ignoto 6/1 – 16012 Busalla

p.iva: 02193240997

**GENOVA:** Corso Europa, 1075 L | **BUSALLA:** Largo Milite Ignoto, 5d | **ALBENGA:** Via Cavour, 10  
**ALBENGA:** Via San Benedetto Revelli, 20 | **ALESSANDRIA:** Via Cavour, 23/1

**Tel. 010 9641083 - 010 9640722** - [www.casasalute.eu](http://www.casasalute.eu) - [info@casasalute.eu](mailto:info@casasalute.eu)