

Gentile utente,  
desideriamo informarla adeguatamente sul trattamento dei dati che ci fornirà e che sarà effettuato presso questa struttura dal titolare del trattamento, ai sensi delle normative vigenti in materia art. 13 D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 ("Codice Privacy") e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR").  
Pertanto,

#### LA INFORMIAMO

che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

##### 1. Oggetto del trattamento

Le categorie di dati personali oggetto del trattamento sono:

- a) I dati personali identificativi (nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail, ecc.) sono necessari per svolgere attività quali prenotazione delle prestazioni, tracciabilità delle prestazioni stesse, prendere contatto con lei ai fini di renderle un servizio più utile possibile oltre che ad adempiere agli obblighi di legge;
- b) I dati riferibili alla sua salute. Tali dati sono necessari per erogare le prestazioni (che comprendono la visita medica, eventuali registrazioni di immagini, diagnosi, definizione della terapia ed erogazione della terapia stessa o altre prestazioni facenti parte dei nostri servizi) da lei richieste e tutelare la Sua salute nel miglior modo possibile. I referti e la cartella clinica sono consultabili solo dal Medico Specialista.

##### 2. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati con il Suo consenso espresso in calce alla presente informativa per le finalità di erogazione delle prestazioni da lei richieste presso la nostra Organizzazione.

La informiamo che tali dati, qualora trattati per prestazioni erogate in regime di accreditamento istituzionale, dovranno da noi essere trasmessi al Sistema Sanitario Nazionale al fine di adempiere a quanto previsto dalle norme di legge Regionale e Nazionale.

##### 3. Modalità di trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n. 2 GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I Suoi dati personali saranno trattati sia con strumenti cartacei sia con strumenti elettronici. I dati personali sono conservati per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre dieci anni dalla data della conclusione e/o definizione del servizio/prestazione.

##### 4. Accesso ai dati

I Suoi dati (punto 1.a e 1.b) potranno essere resi accessibili senza la necessità di un espresso consenso a:

- a) Dipendenti, collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni e/o esterni del trattamento e/o amministratori di sistema per finalità legate alla corretta erogazione delle prestazioni;
- b) Soggetti terzi quali Azienda Sanitaria di riferimento, Agenzia delle Entrate e/o gli enti che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate (quando previsto e strettamente necessario per il rimborso delle prestazioni) e la compagnia assicurativa della Struttura per la tutela (solo in ipotesi di responsabilità) e Pubbliche Autorità (es. Forze dell'ordine) previa verifica di legittimità della richiesta. I detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

##### 5. Trasferimento dati

I dati personali sono conservati su server ubicati in Italia.

I dati non verranno trasferiti all'estero. Tali dati non sono oggetto di diffusione a soggetti indeterminati.

##### 6. Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere

Il conferimento dei dati per le finalità relative alla prestazione/servizio da erogare è necessario per garantire la regolare e puntuale erogazione della prestazione/servizio.

In loro assenza, non potrà essere garantita la puntuale erogazione della prestazione/servizio.

##### 7. Diritti dell'interessato e modalità di esercizio dei diritti

In qualità di interessato Le sono garantiti, rispetto ai suoi dati, i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy ed artt. 15-16-17-18-20-21 GDPR; precisamente i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità e opposizione. La invitiamo, qualora voglia esercitare i suoi diritti o semplicemente richiedere maggiori informazioni rispetto ad essi, a prendere contatto con il nostro Responsabile del trattamento nelle seguenti modalità:

- Via posta elettronica all'indirizzo [privacy@annabordin srl](mailto:privacy@annabordin srl)
- Via posta tradizionale all'indirizzo **Studio dermatologico Bordin Dr.ssa Anna S.r.l., Via G. Marconi, 79 – 35020 Ponte San Nicolò (PD)**;
- Telefonicamente (solo per richiesta informazione) al numero 049/8962000.

**8. Titolare e responsabile**

Il Titolare del trattamento è lo **Studio Dermatologico "Bordin Dr.ssa Anna S.r.l."**, nella persona del Legale Rappresentante **Dott.ssa Anna Bordin**  
Il Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Emma Schiavon.

- 9. I referti diagnostici** o altri documenti sanitari possono essere ritirati anche da persone diverse dagli interessati, ma in possesso di una delega scritta, e copia di un documento dell'interessato; tali incartamenti saranno inseriti in busta chiusa. **I referti di esami richiesti dal Medico Dermatologo, che sarà il solo a visionarli, devono essere inviati alla email: referti@annabordinrl.it**, altrimenti consegnati in accettazione in busta chiusa.
- 10. Sono a conoscenza** che l'area è soggetta a videosorveglianza (Provvedimento n.99 dell'aprile 2010)
- 11. Sono informato della stima di spesa** del mio percorso di cura da parte del Servizio Sanitario Regionale dal personale dello Studio.

**ATTO DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Il sottoscritto, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento, presta il consenso:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato (o di chi ne fa le veci) per **presa visione** della sopra riportata informativa e **consenso** al trattamento dei dati personali

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

*\*Per i minori o per gli inabili a prestare il consenso, apporre la firma leggibile di chi esercita la tutela sull'interessato al trattamento ed il numero del documento identificativo*

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Numero documento identificativo \_\_\_\_\_

Cellulare genitore: \_\_\_\_\_

Genitore  Tutore  altro \_\_\_\_\_