

Analisi Chimico-Cliniche e Batteriologiche "DE VITO" s.r.l."

Via Cairoli, 8 - 83054 SANT'ANGELO DEI LOMBARDI - (AV) - Partita IVA: 01764300644
Telefono: 0827 24049 Fax: 0827 23858 e-mail: analisi4@analisiclinichedevito.191.it

Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di ANALISI CHIMICO – CLINICHE (consulenza, diagnosi, ecc.) connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito.

2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici.

I dati raccolti vengono utilizzati per le seguenti finalità: prevenzione contagio COVID-19.

Il centro nel momento di emergenza COVID-19 tatterà i seguenti dati in aggiunta a quanto previsto per lo svolgimento ordinario delle attività:

1. Dati anamnestici necessari all'esecuzione del test Sars-COVID-19 richiesti (generalità del paziente, informazioni su eventuale diagnosi pregressa di COVID 19, il valore della temperatura, se lavora e dove, se sul posto di lavoro si sono verificati casi accertati di COVID 19, se convive con altre persone)
2. In merito al/ai conviventi sulla scheda deve essere riportato se questi ha/hanno avuto sintomi di COVID 19, se ha/hanno fatto tamponi, se lavora/no e se sul posto di lavoro sono stati casi accertati del virus
3. Informazioni di carattere generale sullo stato di salute degli utenti e dei familiari conviventi ivi compresi eventuali casi di positività al COVID 19
4. Esito del percorso di screening

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.

4. L'esito del test sierologico verrà inviato alla Regione Campania (nota tecnica SO.RE.SA del 20/05/2020) in particolare a SO.RE.SA spa quale partner tecnologico. Nel caso di test sierologico con valore positivo, il laboratorio inoltrerà il referto, mezzo pec al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente del cittadino per residenza/domicilio ed al MMG. Sarà compito del preposto dipartimento avviare l'iter per sottoporre l'assistito ad indagine diagnostica con tampone oro-naso-faringeo.

I dati, inoltre, saranno comunicati al professionista esterno che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità del Laboratorio di Analisi Chimico- Cliniche e Batteriologiche DE VITO s.r.l. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali.

5. I titolari del trattamento sono le dott.sse DE VITO ANNA e CAPASSO ANNACHIARA, domiciliate presso il Laboratorio di Analisi Chimico- Cliniche e Batteriologiche DE VITO s.r.l. con sede in Sant'Angelo dei Lombardi (AV) alla Via Cairoli n. 8, Telefono 0827 24049 - Fax 0827 23858, indirizzo di posta elettronica: analisi4@analisiclinichedevito.191.it, pec: laboratoriodevito@pec.it.

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dei titolari del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati, ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.

7. Il Suoi dati verranno conservati (scheda anamnestica ed esito del test sierologico effettuato e/o tampone antigenico) per un periodo di trattamento di 40 anni sulla piattaforma SO.RE.SA., e per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie e fiscali.

8. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, dopo avere letto la superiore informativa, dichiara di averla compresa e pertanto dà il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate.

Sant'Angelo dei Lombardi, li _____ Firma Leggibile _____

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, esercente la responsabilità genitoriale del minore: _____, nato a _____ il _____, dopo avere letto la superiore informativa, dichiara di averla compresa e pertanto dà il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate.

Sant'Angelo dei Lombardi, li _____ Firma Leggibile _____