

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Il sottoscritto..... titolare dello Studio di Osteopatia con sede in.....via....., codice fiscale e partita IVA..... (di seguito, "Titolare"), in qualità di titolare del trattamento, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Finalità del trattamento

- a) Conoscere e monitorare il suo stato di salute
- b) Fini di ricerca scientifica (i dati saranno utilizzati in modo anonimo)
- c) Adempiere agli obblighi contrattuali e fiscali
- d) Adempiere agli obblighi previsti dalle leggi, dai regolamenti, dalle normative comunitarie, da un ordine dell'Autorità
- e) Invio di newsletter e materiale informativo (*cancellare se non utilizzato*)

Per le finalità di cui ai punti a), b) la invito a sottoscrivere l'apposito consenso informato, in assenza del quale non sarà possibile procedere alla successiva seduta osteopatica. Le finalità di cui ai punti c) e d) non prevedono consenso, vista la loro obbligatorietà.

2. Modalità di trattamento

Il trattamento è effettuato con o senza l'ausilio di processi automatizzati e consisterà in operazioni quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione (art.4 punto 2).

3. Periodo di conservazione

Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 10 anni. Il trattamento dei dati personali rispetterà i principi di trasparenza, liceità e correttezza, nel pieno rispetto dei Suoi diritti.

4. Comunicazione dei dati

Senza la necessità di un espresso consenso il Titolare potrà comunicare i Suoi dati a Organismi di pubblica sicurezza, Autorità giudiziarie, Forze di Polizia, a società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

Senza la necessità di un espresso consenso il Titolare potrà comunicare i Suoi dati elencati al punto uno sub c) e d) alle organizzazioni esterne che si occupano di contabilità, fiscalità ed altro.

Previo esplicito consenso i suoi dati potranno essere trasmessi a familiari o personale sanitario.

5. Diffusione e trasferimento dei dati

I suoi dati non saranno diffusi e non saranno trasferiti all'estero.

6. Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato al Trattamento potrà esercitare i diritti così come previsti dagli artt.15 e segg. Del GDPR ed, in particolare, accedere, rettificare, cancellare, limitare, opporsi al trattamento degli stessi, fino a revocare il consenso dato. Potrà esercitare il diritto alla portabilità dei dati, che le verranno consegnati in formato cartaceo o elettronico che sia facilmente leggibile. Potrà, altresì, esercitare il diritto di reclamo presso l'Autorità Nazionale di Controllo (garante privacy).

7. Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata a.r. a – Sede
- una e-mail all'indirizzo

8. Titolare, responsabile e incaricati

Il Titolare del trattamento è con studio in città, via.....

Il Responsabile al trattamento è il Sig.....(*se non nominati, cancellare*)

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento (*se non nominati, cancellare*)

Sede, data

CONSENSO INFORMATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Il sottoscritto _____

Luogo e data di nascita _____

Residente _____ a, _____ alla _____ via _____

Mail _____

Dichiaro di prestare il consenso per le finalità di cui al punto

2 A (monitoraggio dello stato di salute) SI NO Firma _____

2 B (fini di ricerca scientifica) SI NO Firma _____

2 E (invio di newsletter) SI NO Firma _____