

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE (O DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A RILASCIARE DIRETTAMENTE CONSENSO) PER FINALITÀ DI COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati è: **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Via G. Venezian, 1 - 20133 Milano.**
La titolarità del trattamento è esercitata dal Direttore Generale: direttore.generale@istitutotumori.mi.it.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della protezione dei dati (o *Data Protection Officer*) può essere contattato ai seguenti recapiti:
e-mail: DPO@istitutotumori.mi.it; PEC: formazione.privacy@pec.istitutotumori.mi.it.

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI, FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (di seguito definita "Fondazione") tratta dati personali e categorie particolari di dati (tra cui, dati relativi alla salute).

Il trattamento è finalizzato ad **agevolare le comunicazioni delle informazioni relative alla salute del minore** (o della persona impossibilitata a rilasciare direttamente consenso) **ai soggetti da Lei indicati** e ad agevolare le comunicazioni di servizio inerenti le prestazioni sanitarie ricevute, da parte della Fondazione e nei confronti dell'interessato.

Il trattamento dei dati personali avverrà soltanto con **il Suo consenso**. Si precisa che il **consenso è facoltativo** e che in caso di diniego, saranno comunque garantite le prestazioni sanitarie richieste.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO, PERIODO DI CONSERVAZIONE E DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Per le finalità sopra evidenziate, i dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari, sono trattati **in forma cartacea e informatica da personale autorizzato e debitamente designato** dalla Fondazione, quale: personale sanitario, tecnico, amministrativo. Il trattamento avviene nel **rispetto delle misure di sicurezza** tecniche e organizzative per la protezione dei dati, previste dalla normativa vigente in materia.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti.

Si precisa che i consensi di seguito espressi andranno rinnovati direttamente dall'interessato una volta divenuto maggiorenne.

I dati saranno comunicati solo ai destinatari da Lei indicati.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualunque momento potrà **revocare il consenso** espresso, **accedere** ai dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono **esatti, completi, aggiornati** e far valere i Suoi diritti di richiedere la **rettifica** dei Suoi dati, nonché la **limitazione del trattamento** che La riguarda, così come previsto ai sensi e nei limiti degli artt. 15, 16 e 18 del Regolamento. Lei potrà inoltre esercitare il diritto di **opporsi al trattamento** dei Suoi dati ai sensi dell'art. 21. Questi diritti possono essere esercitati rivolgendosi al Titolare del trattamento attraverso i seguenti recapiti:

Ufficio Relazioni con il Pubblico | E-mail: urp@istitutotumori.mi.it | Telefono: 02 2390 2772 | Fax: 02 2390 3316

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi la normativa in materia di protezione dei dati personali, Lei ha diritto di proporre **reclamo** al Garante italiano per la protezione dei dati personali ovvero all'autorità di controllo dello Stato membro Ue in cui risiede abitualmente, lavora ovvero del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

CONFERIMENTO DEL CONSENSO

Io sottoscritto (cognome).....(nome).....

codice fiscale.....

in qualità di:

genitore munito della potestà (*barrare la voce interessata*):

congiunta con il coniuge che è informato in merito alla necessità del presente consenso

in via esclusiva

tutore/amministratore di sostegno (*indicare gli estremi del provvedimento di nomina*)

di (cognome).....(nome).....

nato/a a..... il

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITÀ NEGLI ATTI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 D.P.R.

445/2000, DICHIARO DI AVER COMPRESO L'INFORMATIVA E PRESTATO LIBERAMENTE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

COME DI SEGUITO ESPRESSO: *[segue alla pagina successiva]*

[continua dalla pagina precedente]

<p>Acconsento al personale autorizzato della Fondazione a comunicare informazioni inerenti le condizioni di salute del minore (o della persona impossibilitata a rilasciare direttamente consenso), per le finalità sopra evidenziate, a:</p>	<p style="text-align: right;"><i>barrare la voce interessata</i></p> <p><input type="checkbox"/> a chi ne avesse necessità</p> <p><input type="checkbox"/> solo al sottoscritto</p> <p><input type="checkbox"/> al sottoscritto e al medico curante</p> <p><input type="checkbox"/> al sottoscritto e alle persone di seguito indicate: <i>(se si è d'accordo, indicare anche il medico curante)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>(cognome e nome)</i></p>
<p>Acconsento al personale autorizzato della Fondazione a contattarmi, ai recapiti da me forniti, per comunicazioni relative alle prestazioni ricevute dall'interessato e/o alle sue condizioni di salute:</p>	<p style="text-align: right;"><i>barrare la voce interessata</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sì, esprimo il mio consenso</p> <p><input type="checkbox"/> NO, non acconsento ad essere contattato</p>

DATA (giorno, mese, anno)

FIRMA DEL GENITORE (O TUTORE)

.....

.....

IN CASO DI RICOVERO COMPILARE ANCHE QUESTA PARTE:

<p>Acconsento al personale autorizzato della Fondazione a dare informazioni sulla permanenza in ospedale dell'interessato a eventuali persone richiedenti:</p>	<p style="text-align: right;"><i>barrare la voce interessata</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sì, esprimo il mio consenso</p> <p><input type="checkbox"/> NO, non acconsento</p>
---	---

DATA (giorno, mese, anno)

FIRMA DEL GENITORE (O TUTORE)

.....

.....