



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**  
sede Legale e Operativa: via Rossetti, 62  
sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31  
Trieste

Tel: 040 360430  
Fax: 040 3724455  
info@eutoniasanitaesalute.it

## **INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PRESSO EUTONIA S.R.L. SANITA' E SALUTE**

(D.Lgs. 196/2003)

Gentile Signora, Egregio Signore, \_\_\_\_\_

Le comunichiamo che i dati personali e sensibili che la riguardano saranno trattati esclusivamente per fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e per tutti gli adempimenti amministrativi collegati.

I dati saranno trattati mediante strumenti elettronici o con procedure non automatizzate, nonché memorizzati su supporti informatici o cartacei. Saranno custoditi e controllati adottando misure di sicurezza idonee a ridurre al minimo il rischio di distruzione, perdita, accesso non autorizzato o non conforme alle finalità del trattamento.

I dati potranno essere comunicati alle strutture sanitarie esterne a cui Eutonia affida l'esecuzione di alcuni segmenti dei processi di diagnosi e cura e saranno condivisi con i medici che collaborano con il Centro.

I dati potranno inoltre essere comunicati in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali, all'Agenzia Regionale della Sanità e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria.

La informiamo, altresì, che:

- 1) il consenso è indispensabile ai fini della erogazione delle prestazioni sanitarie e dell'espletamento degli adempimenti di legge ad essa connessi, ivi compresa la tutela delle ragioni dell'ente in sede giudiziaria;
- 2) il rifiuto di conferire i dati personali richiesti (dati anagrafici - eventuale proposta medica - tessera sanitaria - tessera di esenzione - posizione reddituale, ove prevista), comporta l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di concedere i benefici economici previsti dalla legge in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- 3) l'art.7 del D.L. 196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e finalità su cui si basa il trattamento; **di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se di interesse, l'integrazione dei dati e di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;**



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**  
sede Legale e Operativa: via Rossetti, 62  
sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31  
Trieste

Tel: 040 360430  
Fax: 040 3724455  
info@eutoniasanita.esalute.it

- 4) per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrà rivolgersi al DIRETTORE SANITARIO di Eutonia Sanità e Salute
- 5) i dati personali idonei a rivelare il Suo stato attuale di salute Le saranno notificati tramite un medico del Centro o il Suo medico curante;
- 6) il Titolare e responsabile del trattamento dei dati personale è: Dott. Salvatore Guarneri – Presidente e Direttore Sanitario

Avendo letto e compreso l'informativa sopra riportata e consapevole che il trattamento autorizzato riguarderà i dati "sensibili" in quanto idonei a rivelare, tra l'altro, lo stato di salute e la via sessuale, e che **il presente consenso ha validità permanente in questa struttura** (Eutonia srl Sanità e Salute) salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età)

- PRESTO LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE IL CONSENSO:
- al trattamento in generale dei miei dati personali e sensibili
  - al trattamento dei dati personali e sensibili con strumenti informatici all'interno di Eutonia
  - al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte dei Medici che collaborano con il Centro e da parte delle Strutture sanitarie esterne, pubbliche e private, a cui è affidata l'esecuzione di alcuni segmenti dei processi di diagnosi e cura
- NON ACCONSENTO AD ESSERE CHIAMATO NOMINATIVAMENTE IN CASO DI ATTESA

Trieste, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente (genitore/tutore)