

**Centro Medico Specialistico Andromeda S.r.l.**

Via Pergolesi, 4

20124 MILANO

Tel. 02/6690123 Fax 02/6702868

Oggetto: informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Gentilissima/o,

la legge indicata in oggetto, regola la riservatezza dei dati personali ed impone una serie di obblighi a chi "tratta" informazioni riferite ad altri soggetti.

Tra gli adempimenti da rispettare sono previsti quelli di:

- a) informare la persona a cui i dati si riferiscono in merito all' utilizzo che viene fatto delle informazioni acquisite;
- b) chiedere il consenso allo svolgimento delle relative operazioni.

1. In relazione ai dati che Le verranno richiesti, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), La informiamo che:
  - a. i dati personali in questione saranno trattati su supporto cartaceo, informatico (mediante strumenti atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi) o misto, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 7 del Codice della Privacy, più avanti richiamate e, più in generale, degli obblighi di riservatezza, oltre che dei principi di correttezza, liceità e trasparenza. Inoltre, tale trattamento avverrà nel rispetto dei criteri di sicurezza indicati dal suddetto Codice.
  - b. Il titolare del trattamento è il CENTRO MEDICO SPECIALISTICO "ANDROMEDA" s.r.l., con sede a Milano – Via G.B. Pergolesi n. 4 ( "Società" ), nella persona del Presidente: Dr. Giordano Ragazzi e presso tale sede tali dati saranno conservati.
  - c. Il Responsabile del trattamento dati è il Dr. Vincenzo Capicotto, Direttore Sanitario del Centro Medico.
  - d. Incaricati del trattamento: il personale della Società addetto al mantenimento del data – base.

2. Per "trattamento dei dati personali" si intende qualunque operazione e/o complesso di operazioni, effettuate anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distribuzione dei dati, anche se non registrati in una banca dati.
3. Ai fini sopraindicati, potranno essere utilizzati anche i cosiddetti "dati sensibili", dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di varia natura, nonché i dati atti a rivelare lo stato di salute e le abitudini sessuali.
4. I suddetti dati potranno essere trattati esclusivamente con il consenso dell'interessato/o (art. 23, comma 4, d.lgs n. 196/2003).

Al titolare del trattamento potrete rivolgerVi al fine di esercitare i diritti di cui all'art. 7, d.lgs. 196/2003 (Codice della Privacy) e cioè:

1. conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che Vi riguardano.
2. cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati in violazione della normativa di legge.
3. aggiornamento, rettifica, e se ritenuta necessaria, integrazione dei dati personali che Vi riguardano.
4. opposizione, in tutto o in parte – per motivi legittimi – dei dati personali che vi riguardano.

La informiamo inoltre che potrà prendere visione del testo integrale inerente a tale normativa, con una semplice richiesta alla Segreteria del Centro Medico.

La preghiamo pertanto di restituirci la presente firmata in calce a conferma di:

- ricevuta dell'informativa art. 13 d.lgs. 196/2003 (Codice della Privacy).
- Consenso espresso al trattamento dei dati personali

**Cod. P** \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA** ai sensi dell' art. 13 del d.lgs. 30.06.2003, n. 196

Il / la sottoscritto / a.....  
informato / a sui diritti e sui limiti di cui all' art. 13 del d.lgs. 30.06.2003 n. 196 (Codice della Privacy)

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

e autorizzo al trattamento dei i dati personali e sensibili ed AUTORIZZO i Medici del Centro Medico Andromeda ad eventuali interventi chirurgici ambulatoriali, nel caso fossero necessari, esclusivamente ai fini diagnostici e terapeutici.

Autorizzo a comunicare i miei dati personali e sensibili al/alla Sig./Sig.ra.....

Autorizzo a comunicare i miei dati personali e sensibili anche al dr. ....

Milano, li.....

Cognome..... Nome.....  
(scrivere anche eventuale secondo nome)

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

Professione.....

Residente in VIA..... n°.....

Città..... Provincia..... CAP.....

Tel. Casa..... Cell..... Uff.....

e-mail.....

Codice Fiscale.....

Medico Inviante.....

Firma.....