

Allegato nr. \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SIGNORI PAZIENTI ai sensi del GDPR 679/2016 e del Dlgs 101/2018  
(REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI)**

La vigente normativa in tema di protezione dei dati personali richiede che i pazienti esprimano il consenso al trattamento dei loro dati sensibili e di quelli relativi alla propria salute prima di accedere ai servizi sanitari offerti da Fondazione Poliambulanza.

I dati in grado di rivelare lo stato di salute vengono infatti definiti dati sensibili ed il legislatore ne stabilisce una tutela rafforzata.

La presente costituisce estratto dell'informativa completa sul trattamento dei dati personali, messa a disposizione mediante affissione nei locali più frequentati dell'ospedale e sul sito [www.poliambulanza.it](http://www.poliambulanza.it).

Il Titolare del trattamento dei dati personali è Fondazione Poliambulanza, con sede in Brescia in via Bissolati n. 57, il Responsabile designato per il trattamento dei dati è il Direttore Generale.

La informiamo inoltre che il referto relativo al test sierologico da lei eseguito sarà disponibile per il download nell'apposita area riservata per mezzo delle credenziali che le verranno fornite.

Le ricordiamo che in ogni momento lei ha la possibilità di esercitare il diritto di oscuramento di tali dati, per ulteriori informazioni può rivolgersi a [privacy@poliambulanza.it](mailto:privacy@poliambulanza.it).

In qualsiasi momento lei potrà esercitare **tutti i diritti di cui all'art. 15 e al capo III del Regolamento Europeo**. In particolare, in caso di richiesta di cancellazione della documentazione clinica trasmessa via e-mail, Fondazione Poliambulanza provvederà a trasmettere celermente la richiesta ai Responsabili nominati.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Io sottoscritto (cognome, nome e data di nascita del paziente)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Sono a conoscenza del fatto che, con il consenso prestato a Fondazione Poliambulanza, la stessa è autorizzata a trattare i dati sensibili e sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo.

Sono altresì a conoscenza del fatto che la comunicazione di ogni mio dato sensibile e sanitario potrà avere luogo solamente qualora io abbia espresso questo specifico consenso.

In relazione all'informativa resa, a norma del Regolamento Europeo 679/2016 **esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di Fondazione Poliambulanza per le descritte finalità.**

Brescia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Regione Lombardia