

INFORMATIVA PRIVACY

ai sensi del GDPR 2016/679

Gentilissimi genitori,
con il presente documento, io sottoscritta **ELISABETTA BAVERA** con studio in Udine, Via della Roggia 91/a, P.IVA 03082010301, cell. 351/7093685, e-mail: studio@olos-osteopatia.it qualità di Titolare del trattamento dei dati, fornisco di seguito le informazioni relative al trattamento dei dati personali.

Categorie di dati trattati

Nell'esecuzione dell'incarico professionale conferitomi, saranno trattati con riferimento al paziente, i dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale), i dati di contatto (indirizzo di residenza, numero di telefono), i dati sanitari e clinici (diagnosi mediche, anamnesi familiare, esiti esami, etc.) e i dati contenuti in video e audio registrati durante le sedute di valutazione e terapia. **La raccolta di tali dati è necessaria per l'adempimento delle prestazioni professionali.**

Finalità del trattamento e base giuridica

I dati raccolti saranno trattati:

1. in forza dell'incarico conferitomi, per l'esecuzione delle prestazioni professionali richieste (es. prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste).
2. in ragione del consenso espresso, per la comunicazione di eventi di informazione scientifica di interesse per il paziente e/o per finalità di ricerca scientifica (redazione di articoli per riviste specializzate, relazioni a convegni, corsi, etc). Quest'ultima finalità sarà eseguita, anche nel rispetto dei miei obblighi professionali di segretezza, con modalità (x es. tecnica di pseudonimizzazione) tali da impedire la riconducibilità dei dati al paziente.

Destinatari dei dati

I dati sanitari del paziente potranno essere comunicati, previo consenso espresso che potrà essere revocato in qualsiasi momento, a medici o ad altri professionisti sanitari qualora ciò si renda necessario per il suo interesse e per i trattamenti medici che segue (es. il suo medico curante). Inoltre, i dati e i dati non sanitari del paziente potranno essere comunicati, senza necessità di consenso, anche a soggetti terzi per l'adempimento di specifici obblighi di legge (es. Commercialista), per lo svolgimento della mia attività (es. società hosting del server di posta elettronica o società che fornisce i servizi InCloud) e per la tutela dei miei diritti (es. Avvocati e Assicurazioni).

Trasferimento dei dati

I dati, qualora trattati mediante strumenti telematici (es. e-mail, servizi InCloud), potranno essere conservati in Paesi non appartenenti all'UE (ad esempio, nel caso di utilizzo di servizio di conservazione in cloud erogato attraverso server posti fuori dall'UE) per i quali tuttavia sussiste una decisione della Commissione europea di adeguatezza della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Durata del trattamento

Tutti i dati raccolti saranno trattati per l'intera durata del rapporto professionale per la finalità di esecuzione dell'incarico conferitomi. Successivamente, i dati del paziente saranno trattati per ulteriori dieci anni per finalità di ricerca scientifica e comunque per il tempo necessario per l'adempimento di specifici obblighi di legge e per l'eventuale tutela dei miei diritti.

Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento, mediante comunicazione da inviare ai recapiti sopra indicati ed in presenza dei presupposti di legge, potrà essere richiesto l'accesso, la cancellazione, l'aggiornamento, la rettificazione, la limitazione e l'integrazione dei dati personali raccolti o di opporsi al trattamento di essi. Potrà inoltre essere proposto reclamo all'Autorità di controllo della protezione dei dati competenti nel caso in cui ritenga che i diritti siano stati violati.

Revoca del consenso

In aggiunta ai diritti sopra elencati, potrà in qualsiasi momento revocare il consenso per quei trattamenti fondati su di esso. In tal caso, i trattamenti effettuati precedentemente saranno comunque leciti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

E il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

Genitori di

Minore			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	

vista l'informativa sul trattamento dei dati personali, sopra riportata:

<input type="checkbox"/>	AUTORIZZIAMO	<input type="checkbox"/>	NON AUTORIZZIAMO
--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------

il Titolare del trattamento a comunicare i dati sanitari del Paziente ad altri medici o altri operatori sanitari presso cui è in cura il paziente (es. il proprio medico curante) qualora ciò sia strettamente necessario al suo interesse e alla corretta esecuzione dell'incarico professionale conferito a tali professionisti.

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTIAMO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTIAMO
--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------

al trattamento dei dati per ricevere eventuali comunicazioni di eventi di informazione scientifica connessi alla situazione sanitaria del paziente che possano risultare di mio interesse.

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTIAMO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTIAMO
--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------

al trattamento dei dati sanitari e dei dati contenuti nelle registrazioni video ed audio relativi al paziente effettuate durante la terapia per finalità di ricerca scientifica attraverso la divulgazione di essi con mezzi adeguati che garantiscano la non riconducibilità di tali dati al paziente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

E il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

Genitori di

Minore			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	

dichiariamo:

1. di avere ricevuto dalla **Dott.ssa Elisabetta Bavera** informazioni comprensibili ed esaurienti sul trattamento proposto e sugli obiettivi raggiungibili, attraverso i colloqui intercorsi;
2. di essere a conoscenza dei rischi e/o degli eventuali effetti collaterali che potrebbero derivare da uno specifico trattamento;
3. di essere consapevole che senza la giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati, la terapia potrebbe non produrre gli effetti desiderati;
4. di essere a conoscenza di alternative possibili, ove presenti;
5. di potere liberamente interrompere il trattamento, anche se ciò dovesse comportare il mancato raggiungimento dell'obiettivo previsto;
6. di essere consapevole che per il mantenimento nel tempo del risultato ottenuto, potrebbero essere opportune periodiche visite e/o sedute di mantenimento (solitamente ogni 2-3 mesi);
7. di sollevare la Dott.ssa Bavera da qualsiasi responsabilità per effetti collaterali dovuti a condizioni di salute non comunicate (x es. terapie farmacologiche invasive, stati tumorali, malattie genetiche, condizioni psichiatriche).
8. di essere a conoscenza che le visite **disdette** senza preavviso di almeno 24 ore devono essere comunque saldate.

Visto quanto sopra riportato:

ACCONSENTIAMO	NON ACCONSENTIAMO
----------------------	--------------------------

al trattamento.

Data _____	Firma degli interessati o del rappresentante legale _____ _____
-------------------	---

MODULO DI CONSENSO PER LE RIPRESE VIDEO O FOTO

Il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

E il/la sottoscritto/a

Signor/a			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	
Telefono		e-mail	

Genitori di

Minore			
Nato/a a		Il	
Residente a		Via/Piazza	
CAP		C.F.	

ACCONSENTIAMO	NON ACCONSENTIAMO
----------------------	--------------------------

Che nostro/a figlio/a _____ sia oggetto di riprese video o foto da parte della **Dott.ssa Elisabetta Bavera** per la valutazione e il monitoraggio nel tempo.

ACCONSENTIAMO	NON ACCONSENTIAMO
----------------------	--------------------------

Che nostro/a figlio/a _____ sia oggetto di riprese video o foto da parte della Dott.ssa Elisabetta Bavera per scopi inerenti la Formazione Pubblica e la Promozione: le immagini potranno essere usate per aiutare nella formazione dei genitori, professionisti sanitari e del pubblico in generale. Il cognome e l'identità familiare del minore non verranno resi noti.

Data _____	Firma degli interessati o del rappresentante legale _____ _____
-------------------	---