

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO
(ex art. 13 GDPR 2016/679)**TRATTAMENTO: TT07_Assistenza Infermieristica**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è A.R.IM. S.r.l., responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: A.R.IM. S.r.l.

Sede: **Vic. di Casale Lumbroso, 200 - 00166 Roma RM, IT**
Contatti e recapiti:

E-mail	info@hydromania.it
--------	--------------------

Contatti e recapiti Responsabile della protezione dei dati:

E-mail	rpd@hydromania.it
--------	-------------------

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Primo soccorso e diagnosi ai pazienti	Carte sanitarie; Stato di salute; Sesso m/f; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale	L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (art. 6, § 1 let. a) GDPR 2016/679)
Redazione verbale e raccolta testimonianze	Dati descrittivi dell'evento ed eventuali testimoni; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale	Il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi - Norma Unione Europea (art. 6, § 1 let. c) GDPR 2016/679)
Adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria	Dati descrittivi dell'evento (eventuali testimoni); Carte sanitarie; Stato di salute; Sesso m/f; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale	Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento - Norma Unione Europea (art. 6, § 1 let. c) GDPR 2016/679)

Il trattamento dei suoi dati è basato su interessi legittimi del titolare del trattamento riconosciuti dalla norma, in particolare:

Finalità	Legittimo Interesse del Titolare
Redazione verbale e raccolta testimonianze	Sulla base del punto 47 del Regolamento interno del Parco Hydromania pubblicato sul sito web www.hydromania.it <<...Nella medicheria sarà redatto un verbale con le dichiarazioni dell'infortunato ed eventuali testimonianze, che l'infortunato stesso dovrà firmare..>>

Categorie particolari di dati personali

In relazione al trattamento di dati personali, specificatamente quelli sensibili, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute).

Il trattamento dei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche
- È necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso

DESTINATARI

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari

Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata; Organismi sanitari, personale medico e paramedico; Forze di polizia; Familiari dell'interessato; Cooperative sociali e ad altri enti; Società assicuratrici; Autorità Giudiziaria, per obbligo di legge; Persone autorizzate al trattamento dei dati; - L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso il Titolare -; - I dati personali non saranno oggetto di alcun trasferimento extra UE -.

DURATA DEL TRATTAMENTO

La durata del trattamento è determinata come segue:

La durata del trattamento è determinata fino a quando ritenuta necessaria per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, nonché per il periodo previsto dalla legge per fini amministrativi, di gestione di eventuali reclami/contenziosi o a fini penali.

COME PROTEGGIAMO I DATI

Trattiamo i suoi dati personali con riguardo alla protezione dei diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, verifichiamo e valutiamo regolarmente l'efficacia delle misure tecniche adottate, al fine di garantire la sicurezza del trattamento (dall'art.32 del Regolamento).

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre alla informazioni sopra riportate, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento;
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento;
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali;



Profilazione

Il trattamento avviene mediante processi automatizzati che non determinano la profilazione degli interessati

Roma, 01.06.2020

Firma del Titolare del Trattamento
A.R.IM. S.r.l.
V.lo del Casale Lumbroso, 200
00166 ROMA
Partita IVA 06463531001

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento A.R.IM. S.r.l. secondo le finalità riportate di seguito:
Primo soccorso e diagnosi ai pazienti (redazione verbali)

CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche
- È necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso

FINALITÀ BASATE SUL CONSENSO

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per la finalità sotto riportata (art. 7 Regolamento 2016/679).

Finalità: Primo soccorso e diagnosi ai pazienti (redazione verbali)

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

Qualora l'interessato non sia nelle condizioni di cui all'art. 6, § 1 let. d) GDPR 2016/679 (salvaguardia interessi vitali della persona) deve esprimere il consenso. Saranno comunque assicurate le prestazioni di primo soccorso.



Località e data: _____

Firma dell'interessato
