



AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 (fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);
- Di non aver/aver avuto negli ultimi 15 giorni i seguenti sintomi: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, vomito e diarrea;
- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna.
- che lo spostamento è determinato da: **prestazione sanitaria**.

Eventuali note:

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Attraverso tale documento, ISTITUTO DELLE SUORE DELLE POVERELLE detto anche ISTITUTO PALAZZOLO, in qualità di Titolare del trattamento, vuole informarLa sulle finalità e sull'ambito di comunicazione e diffusione dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti, in conformità all'art.13 del Regolamento UE 679/2016 (d'ora in poi GDPR).

I dati personali e particolari da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo verranno trattati dal Titolare e dagli autorizzati con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno raccolti e trattati, in linea generale, **sulla base del Suo consenso** in forza dell'art. 9.2., lett. a), del GDPR. Una volta fornito il consenso, potrà revocarlo in qualsiasi momento (art.7.3 GDPR).

ALLEGATO 1 P 09.05 Rev. 1 del 15/05/2020

I dati saranno trattati esclusivamente con modalità e procedure necessarie per **permettere all'Ente di avere un quadro completo della sua attuale situazione e di valutare le opportune misure da adottare, nella massima cautela e sicurezza terapeutica, nella prevenzione del contagio da COVID-19 (Coronavirus) a tutela della Sua salute, della salute degli altri pazienti e di quella del personale della struttura sanitaria.**

I dati raccolti a seguito del Suo consenso, **saranno conservati fino al termine dell'infezione epidemiologica in corso.** In ogni caso, Le ricordiamo che Lei potrà revocare il Suo consenso il qualsiasi momento e dunque interrompere il trattamento dei dati da parte del Titolare.

I Suoi dati non verranno comunicati ad alcun soggetto esterno salvo che, in casi strettamente previsti in forza di legge, a pubbliche Autorità, per esigenze di sanità pubblica o obblighi di legge.

Lei ha inoltre il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati trattati dal Titolare e come essi sono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne la limitazione d'uso, opporsi al loro trattamento nonché riceverli in un formato strutturato e di uso comune e chiederne il trasferimento ad altro titolare del trattamento. Infine, Lei ha il diritto di non essere sottoposto ad un processo decisionale automatizzato, e di ottenere comunicazione nel caso in cui i Suoi dati subiscano una grave violazione. Qualora Lei ritenga che i Suoi diritti siano stati violati dal titolare ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali tramite la procedura indicata sul sito www.garanteprivacy.it. Per ulteriori approfondimenti si rinvia agli artt.15-22 del Regolamento UE 679/2016. Per ogni informazione e per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi al Titolare del Trattamento scrivendo a **all'e-mail info@casadicurapalazzolo.it** o contattare il *Responsabile della Protezione dei Dati* ai seguenti recapiti: dpo@robyone.net; dpo.robyone@ronepec.it; tel. 049 0998416.

Il conferimento dei dati è facoltativo ed è richiesto il Suo espresso consenso (ai sensi degli art. 6 par. 1 lett. a e art. 9 par.2 lett. a del GDPR), in mancanza, non Le sarà possibile accedere in Struttura.

Ciò premesso, si chiede di esprimere la Sua volontà in merito al trattamento dei Suoi dati, così come su esplicitato:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data, ora e firma del Dichiarante
