



Semeiologico Romano S.r.l.

Informativa al trattamento dei dati personali

Poliambulatorio Semeiologico Romano

Informativa al trattamento dei dati personali (Artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679)

Gentile Signore/Signora, La informiamo che il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati*» (di seguito RUE 2016/679), è entrato in vigore dal 25 maggio 2016 e divenuto operativo a partire dal 25 maggio 2018.

È per questo motivo che SEMEIOLOGICO ROMANO S.R.L. Le fornisce la presente informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del citato Regolamento e La informa che il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di tutela della riservatezza e dei Suoi diritti.

1. Titolare del trattamento

Il titolare del Trattamento è SEMEIOLOGICO ROMANO S.R.L. con sede legale in Roma, alla via Nizza 22 e sede operativa in Roma, alla via Nizza 22

Dati di contatto: info@semeiologico.it tel. 800 076 076

2. Responsabile Protezione Dati (DPO)

Dati di contatto: dpo.alp@ecosafety.it

3. Natura dei dati personali

I dati personali che verranno trattati dalla struttura, a seguito della richiesta di esecuzione della prestazione sanitaria, attengono oltre che ai dati anagrafici, dati di contatto e dati contabili che La riguardano, anche a quelli che l'art. 9 Reg. UE 2016/679 denomina "categorie particolari di dati personali" (nei quali rientrano i dati che possono rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), nel caso specifico si tratterà di dati attinenti alla Sua salute e tutti gli altri dati strettamente necessari ad ottemperare alle finalità di seguito riportate.

4. Finalità del trattamento dei dati

I Suoi dati personali raccolti saranno trattati dalla nostra struttura per le seguenti finalità:

- a) diagnosi, assistenza e terapia sanitaria in ambito ambulatoriale in regime privato;
- b) gestione amministrativo/contabile strettamente connessa, correlata e strumentale ai servizi sanitari stessi;
- c) programmazione, gestione, controllo dell'assistenza sanitaria e di tutte le attività amministrative connesse e correlate ai servizi sanitari erogati;
- d) gestione di pratiche assicurative e fondi (in modalità prevalentemente diretta, ma anche indiretta) per il rimborso delle prestazioni sanitarie che dovessero riguardarLa;
- e) attività di videosorveglianza per motivi di sicurezza e tutela del patrimonio aziendale e di sicurezza delle persone fisiche
- f) invio di materiale informativo solo dietro Suo specifico consenso su iniziative riguardanti i servizi offerti da SEMEIOLOGICO ROMANO S.R.L.

5. Modalità del trattamento dei dati

I Suoi dati sono trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono custoditi in maniera tale da assicurarne la riservatezza, evitarne la distruzione o l'utilizzo da parte di terzi non autorizzati e nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla vigente normativa.

I dati sono organizzati in "banche dati" il cui trattamento viene effettuato, attraverso supporti cartacei, informatici, telematici e attraverso apparecchi di videosorveglianza, soltanto da personale autorizzato

6. Conferimento dei dati

È nostro dovere informarLa che il conferimento dei Suoi dati è indispensabile per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie alla prestazione sanitaria richiesta e da noi erogata a tutela della Sua salute, comprese le connesse attività di natura amministrativa. Non è richiesta un'espressa manifestazione di consenso in quanto i trattamenti per "finalità di cura", sulla base dell'art. 9, par. 2, lett. h) e par. 3 del Reg. UE 2016/679 e da quanto previsto dall'art. 2-septies del

D.Lgs. 196/03 s.m.i., sono propriamente quelli effettuati da (o sotto la responsabilità di) un professionista sanitario soggetto al segreto professionale o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza. Di conseguenza il professionista sanitario non deve più richiedere il consenso del paziente per i trattamenti necessari alla prestazione sanitaria richiesta dall'interessato.

Le sarà, invece, chiesto di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati rispetto alle ulteriori finalità indicate nella presente informativa.

7. Tempi di conservazione dei dati

I dati personali da lei forniti e dalla scrivente raccolti saranno conservati da quest'ultima per i tempi strettamente necessari alle finalità per cui vengono raccolti e sulla scorta dei criteri definiti internamente da SEMEIOLOGICO ROMANO S.R.L., la durata di tali termini è indicata in un documento interno che le potrà essere portato a conoscenza a seguito di una Sua specifica richiesta.



Semeiologico Romano S.r.l.

Informativa al trattamento dei dati personali

Poliambulatorio Semeiologico Romano

8. Categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati

La comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute può essere effettuata soltanto a Lei o a un terzo da Lei delegato/autorizzato. Le informazioni possono essere a Lei fornite da un medico o da altri soggetti sanitari e/o amministrativi autorizzati dal Titolare nel rispetto delle disposizioni normative tempo per tempo vigenti.

I dati personali raccolti potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti che svolgono attività connesse e strumentali alla prestazione dei servizi sanitari erogati:

- enti obbligatori per legge ai fini delle attività sanitarie e amministrative (ad esempio Aziende Sanitarie Locali, Regione, MEF, SOGEI ecc.);
- strutture sanitarie private per esigenze relative al processo di cura della salute e/o attività amministrative strettamente connesse e correlate;
- fondi, assicurazioni e società collegate che gestiscono i Suoi dati esclusivamente per le finalità di autorizzazione e rimborso delle prestazioni sanitarie;
- laboratori di analisi o service provider esterni cui sono delegati esami non realizzati all'interno;
- autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria (su specifica richiesta) e altri enti destinatari per leggi e regolamenti;
- società che prestano servizi informatici;
- medico curante in casi di comprovata urgenza e necessità;
- società terze collegate alla titolare per offerte promozionali in suo favore

Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla struttura (dipendenti e consulenti) in qualità di soggetti autorizzati e/o responsabili al trattamento al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro attribuiti in funzione delle finalità in precedenza espresse.

In ogni momento può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sull'ambito di comunicazione dei Suoi dati.

I Suoi dati non sono destinati alla diffusione.

9. Trasferimento dati verso paesi extra UE

SEMEILOGICO ROMANO S.R.L. non intende trasferire i suoi dati verso paesi terzi (paesi extra-UE).

10. Revoca consenso

In ogni caso Lei ha diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei Suoi dati personali prestato, secondo quanto stabilito dall'art. 7, comma 3 del Reg. UE 2016/679, senza compromettere la legalità di tale trattamento effettuato sulla base di tale consenso fino al momento della revoca.

11. Reclamo autorità competente

Qualora Lei riscontrasse una violazione dei Suoi diritti in base al Reg. UE 2016/679 ha il diritto di presentare un reclamo tramite l'autorità di supervisione di competenza del Suo paese di residenza o all'autorità italiana per la protezione dei dati (<http://www.garanteprivacy.it>).

12. Diritti dell'interessato

I diritti che lei potrà esercitare rivolgendo una sua richiesta ai contatti del Titolare del Trattamento dati e/o al DPO sono i seguenti (per la cui maggiore comprensione si rimanda agli articoli del Reg. UE di seguito indicati):

a) Diritto di accesso dell'interessato (art. 15 Reg. UE 2016/67)

L'interessato ha diritto ad ottenere informazioni sui dati trattati dal Titolare, su determinati aspetti del trattamento ed a ricevere una copia dei Dati trattati;

b) Diritto di rettifica (art. 16 Reg. UE 2016/67)

L'interessato ha diritto di verificare la correttezza dei propri dati e richiederne l'aggiornamento o la correzione.

c) Diritto alla cancellazione [«diritto all'oblio»] (art. 17 Reg. UE 2016/67)

Al ricorrere di determinate condizioni l'interessato può richiedere la cancellazione dei propri dati da parte del Titolare;

d) Diritto di limitazione di trattamento (art. 18 Reg. UE 2016/67)

Al ricorrere di determinate condizioni l'interessato può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati, in tal caso il Titolare non tratterà per alcun fine i dati, se non per la loro conservazione;

e) Diritto alla portabilità dei dati (art. 20 Reg. UE 2016/67)

L'interessato ha diritto di ricevere i propri dati in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e, ove tecnicamente fattibile, di ottenerne il trasferimento senza ostacoli ad un altro titolare. Questa disposizione è applicabile quando i dati sono trattati con strumenti automatizzati ed il trattamento è basato sul consenso dell'interessato, su un contratto di cui l'interessato è parte o su misure contrattuali ad esso connesse;

f) Diritto di opposizione (art. 21 Reg. UE 2016/67)

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano;

g) Diritto di non essere sottoposto a un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione (art. 22 Reg. UE 2016/67)

L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona.



Semeiologico Romano S.r.l.

Modulo Consensi
Poliambulatorio Semeiologico Romano

MODULO CONSENSI

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	
Cell. *	

*da compilare solo nel caso in cui tali campi si rendessero necessari per la finalità richiesta

1. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, sopraindicato, anche affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

Do il consenso

Nego il consenso

_____, ____/____/____

Firma _____

2. SERVIZIO CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti:

Do il consenso

Nego il consenso

_____, ____/____/____

Firma _____

3. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove cliniche, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

Do il consenso

Nego il consenso

_____, ____/____/____

Firma _____

4. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento alla presenza negli studi di professionisti/osservatori esterni, durante la prestazione medica richiesta, e all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie, per finalità scientifiche e di ricerca

Do il consenso

Nego il consenso

_____, ____/____/____

Firma _____



Semeiologico Romano S.r.l.

Modulo Consensi
Poliambulatorio Semeiologico Romano

5a. INVIO REFERTAZIONE ON LINE

Semeiologico Romano S.r.l. offre questo servizio secondo quanto previsto dalle "linee guida in temi di referti on-line": attraverso il caricamento del referto on-line protetto da password.

Facendo riferimento alle seguenti istruzioni e avvertenze in merito alla fornitura del suddetto servizio di refertazione:

- la presente richiesta può essere annullata entro e non oltre le 24 ore dalla sua presentazione;
- il richiedente si assume la responsabilità rispetto ai dati forniti nella presente richiesta
- il referto caricato on-line in formato PDF, firmato digitalmente. Esso non sostituisce le normali procedure di consegna del referto, che resta, in ogni caso, disponibile in formato cartaceo - ai sensi e per gli effetti di legge presso Semeiologico Romano S.r.l. il referto delle analisi che verrà inviato potrà essere composto da più allegati.

Dopo aver letto e compreso quanto sopra descritto rispetto alle modalità operative di fornitura del servizio stesso e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie particolari di dati personali" di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679 vale a dire i dati "relativi alla salute",

Do il consenso

Nego il consenso

sotto mia unica responsabilità, di caricare il mio referto on-line.

____/____/____

Firma del richiedente

5b. INVIO REFERTAZIONE TRAMITE POSTA ELETTRONICA SENZA COPERTURA PW

Semeiologico Romano S.r.l. offre questo servizio secondo quanto previsto dalle "linee guida in temi di referti on-line": secondo le quali le misure di sicurezza di protezione del referto inviato per e-mail (password / cifratura) potranno non essere osservate qualora l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta, in quanto l'invio del referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura un trasferimento di dati sanitari tra diversi titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato effettuata su specifica richiesta di quest'ultimo.

Facendo riferimento alle seguenti istruzioni e avvertenze in merito alla fornitura del suddetto servizio di refertazione via e-mail:

- la presente richiesta può essere annullata entro e non oltre le 24 ore dalla sua presentazione;
- il richiedente si assume la responsabilità rispetto ai dati forniti nella presente richiesta, ivi compreso l'indirizzo e-mail al quale lo stesso vuole che il referto venga recapitato;
- il referto sarà inviato in formato PDF, firmato. Esso non sostituisce le normali procedure di consegna del referto, che resta, in ogni caso, disponibile in formato cartaceo - ai sensi e per gli effetti di legge presso Semeiologico Romano S.r.l.
- il referto delle analisi che verrà inviato potrà essere composto da più allegati, e lo stesso non è protetto da password.

Dopo aver letto e compreso quanto sopra descritto rispetto alle modalità operative di fornitura del servizio stesso e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie particolari di dati personali" di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679 vale a dire i dati "relativi alla salute",

Do il consenso

Nego il consenso

sotto mia unica responsabilità, di recapitare il mio referto al seguente indirizzo e-mail (scrivere in stampatello).

Indirizzo e-mail: _____ @ _____

_____, ____/____/____

Firma del richiedente

 Villa Benedetta® GROUP POLIAMBULATORIO SEMEIOLOGICO ROMANO	CONSENSO INFORMATO PER TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2	CONS TMOL C19 Rev.00 14/12/2020
Semeiologico Romano S.r.l.		PAG. 1/2

INFORMAZIONI PER L'UTENTE

Il Virus SARS-CoV-2 e la malattia Covid – 19

Scopo del test cui sta per sottoporsi è verificare l'infezione da Virus Sars-Cov-2 Nuovo Coronavirus diffusosi prima in Cina nel corso dell'autunno del 2019 e poi in tutto il mondo inclusa l'Italia in principio del 2020. Si tratta di una pandemia di portata mondiale ancora in corso. Non si conosce ancora tutto del Virus in questione ma si è visto che può portare ad una compromissione anche grave in taluni soggetti dello stato di salute e un importante numero di decessi in tutto il mondo viene ricondotto attualmente alla Malattia COVID-19 prodotta dall'infezione da SARS-CoV-2.

Quali sono i sintomi dell'infezione?

I sintomi più comuni di Covid-19 sono febbre, stanchezza e tosse secca. Alcuni pazienti possono presentare indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea. Questi sintomi sono generalmente lievi e iniziano gradualmente. Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte.

Quali sono le persone più a rischio di presentare forme gravi della malattia?

Le persone anziane e quelle con patologie pre-esistenti, come ipertensione arteriosa, problemi cardiaci o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati) hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di malattia. A queste persone è raccomandato di non uscire dalla propria abitazione o di uscire solo in casi di stretta necessità.

Cosa fare ove ci si trovi in una situazione di sospetta infezione

Se si manifestano sintomi di tipo influenzale cautelativamente è necessario non lasciare il proprio domicilio prima di aver comunicato i propri sintomi al proprio medico ed attenendosi sempre alle indicazioni impartite dal Medico e dall'Autorità Sanitaria. Se si hanno dei dubbi sul proprio stato di salute e sulle misure precauzionali da prendere è possibile sempre fare riferimento al proprio medico di base oppure contattare il numero verde nazionale 1500 o il numero messo a disposizione dall'ASL territorialmente competente.

Il TEST Molecolare SARS-CoV-2

Scopo dell'esame a cui va a sottoporsi è dunque la ricerca del RNA di Sars-CoV-2 (2019-nCoV) al fine di confermare o meno la positività alla malattia COVID-19. Il risultato del test è attendibile anche se è possibile che in determinati casi possano prodursi falsi positivi o falsi negativi. Inoltre il test fotografa una situazione in un determinato momento e, data la grande contagiosità dimostrata dal Virus SARS-CoV-2, è possibile che anche in caso negativo una infezione sia in corso in fase iniziale piuttosto che ci si infetti in un momento successivo al test. Anche per questo è necessario comprendere che è assolutamente necessario attenersi alle misure di contenimento della diffusione del virus e di protezione della propria salute impartite dall'autorità sanitaria quale che sia l'esito del test.

Metodologia di prelievo e di esecuzione del test

L'esame consiste nella ricerca molecolare di sequenze virali specifiche di coronavirus (corona Sabercovirus SARS-CoV-2).

La matrice biologica da analizzare consiste di uno o più campioni tra quelli elencati di seguito:

- tampone nasale/faringeo per la ricerca del target molecolare nelle alte vie respiratorie;
- aspirato tracheale, lavaggio bronco-alveolare o espettorato per la ricerca del target molecolare nelle basse vie respiratorie;

I campioni sono prelevati presso le sedi di prelievo ambulatoriali o ospedalieri esterne.

- ❖ Le metodiche molecolari prevedono la ricerca del target virale mediante estrazione dell'acido nucleico (RNA), successiva amplificazione tramite Real Time-PCR e rivelazione/identificazione di SARS-CoV-2 (2019-nCoV) tramite l'uso di primer specifici per i geni Sabercovirus (gene E), COVID-19 (gene RdRP) e COVID-19 (gene N).

In caso di esito positivo del Test La si sollecita a procedere immediatamente ad un autoisolamento evitando contatti con altre persone ivi inclusi i suoi familiari. **DEVE contattare immediatamente:**

1. il Suo medico curante;

 Villa Benedetta® GROUP POLIMATERATORIO SEMEIOLOGICO ROMANO	CONSENSO INFORMATO PER TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2	CONS TMOL C19 Rev.00 14/12/2020
Semeiologico Romano S.r.l.		PAG. 2/2

2. Informare l'Autorità competente e sottoporsi alle misure di sorveglianza attiva e di distanziamento sociale prescritte.

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____ codice fiscale _____ residente in _____ via _____ N° _____ TEL _____ E-mail _____

in qualità di

INTERESSATO GENITORE TUTORE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

nome e cognome _____,
nato/a a _____, il _____,
codice fiscale _____

DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'esecuzione del Test molecolare SARS-CoV-2

Data _____ / _____ / _____ Firma (leggibile) _____

Medico CURANTE
nome e cognome _____
telefono _____

Firma leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso _____