INFORMATIVA SULLA PRIVACY E CONSENSO AI SENSI DEGLI ARTT. 13, 14 DEL REGOLAMENTO UE PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679 GDPR – ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 – D.LGS. 101/2018 E LIBERATORIA FOTOGRAFICA – ART. 10 C.C. (PER LA TUTELA DELL'IMMAGINE) – ARTT. 96 E 97 DELLA L.N. 633/1941 (SUL DIRITTO D'AUTORE) – L.N. 163/2017 – 2016/679 GDPR (ALLEGATO B)

Gentile interessato/a,

con la presente desideriamo informarLa sui dati personali che saranno raccolti ed i relativi trattamenti che andremo ad eseguire, altresì ogni informazione utile a facilitare il contatto e l'interazione con i nostri uffici.

Titolare del trattamento

POLLINO HOSPITAL S.R.L.

Via Cesare Battisti, 60 - Castrovillari, 87012

pollinohospitalsrl@pec.it – brescia@pollinohospital.it

Nella tabella che segue Le indichiamo alcune informazioni circa i dati personali raccolti e le relative finalità perseguite.

FINALITÀ	**TRATTAMENTO: GESTIONE DEL RAPPORTO DI SOGGIORNO-CURA**
Raccolta dei dati, obbligatorietà e trattamenti	La raccolta dei dati personali, generali e particolari consente la gestione amministrativa e organizzativa del servizio da Lei richiesto. I dati sono inseriti nel sistema informativo della POLLINO HOSPITAL S.R.L. e sono trattati esclusivamente dal personale autorizzato e in modo legittimo nel rispetto dei principi di responsabilità e trasparenza. L'obbligatorietà del conferimento dei dati personali alla POLLINO HOSPITAL S.R.L. rende possibile sia la gestione dell'iter amministrativo, organizzativo e fiscale del servizio da Lei richiesto sia l'informazione su iniziative e servizi offerti.
Gestione della domanda di ammissione presso la struttura	I dati personali acquisiti attraverso la modulistica appositamente predisposta per gestire le varie fasi di ingresso in struttura (es. prevalutazione del potenziale ospite, domanda di ammissione) saranno trattati nel rispetto della normativa privacy. Il conferimento dei dati richiesti è facoltativo, tuttavia il rifiuto a fornirli comporta l'impossibilità da parte nostra di espletare le formalità necessarie a valutare il Suo inserimento in struttura. Sulla rispettiva modulistica potrebbe trovare dei campi contrassegnati in quanto informazioni necessarie ed essenziali per l'erogazione della prestazione richiesta, mentre le altre informazioni sono facoltative.
Categorie dati trattati	▪ personali identificativi ▪ personali particolari ▪ personali relativi allo stato di salute
Categorie destinatarie a cui vengono comunicati i dati	I dati personali non sono soggetti a diffusione; in ogni caso, possono essere trasmessi ad eventuali operatori ed enti pubblici (es. Comune, Provincia, Regione, SSN) in ottemperanza a quanto previsto dagli obblighi di legge o ad altri organismi in collaborazione con la POLLINO HOSPITAL S.R.L. ai fini della realizzazione del servizio.
Trasferimento verso	NESSUNO

Paesi terzi	
Periodo di conservazione dei dati (Data Retention) o criteri per definire tale periodo	▪ entro i termini necessari a fornire riscontro a quanto richiesto dall'interessato/a ▪ fino a revoca del consenso specifico prestato ▪ secondo procedure interne periodiche di scarto delle informazioni obsolete, in ogni caso non superiore a 5 anni
Base giuridica del trattamento	Consenso dell'interessato/a
Il trattamento comporta un processo decisionale automatizzato o una profilazione	NO
Diritti della persona nella gestione dei dati	▪ diritto all'accesso, rettifica e cancellazione (diritto all'oblio) dei dati ▪ diritto alla limitazione del trattamento ▪ diritto all'opposizione al trattamento ▪ diritto di reclamo al Garante Privacy Eventuali richieste per l'esercizio dei diritti sopraindicati devono essere indirizzate al Titolare del Trattamento all'indirizzo e-mail brescia@pollinohospital.it

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO POLLINO HOSPITAL S.R.L.	**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO** **Ricevuta l'informativa sul trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), relativamente alla finalità di valutazione della domanda di ammissione presso la Comunità-Alloggio per persone Anziane ACCONSENTO al trattamento dei dati identificativi e particolari sullo stato di salute per le finalità sopraindicate, altresì:** ☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO** **la registrazione, la conservazione, l'uso, la pubblicazione, la riproduzione gratuita, senza limiti di tempo, su carta stampata e online/offline su siti web e social network di immagini e video dell'ospite.** **VIETO la riproduzione in contesti che ledono e pregiudicano la dignità personale.** **Infine AUTORIZZO la registrazione, la conservazione, l'uso, la riproduzione gratuita, senza limiti di tempo, di immagini e video negli spazi comuni e nelle camere personali degli ospiti per la supervisione e il controllo dei medesimi da parte degli operatori e della direzione.** **DATA, LUOGO _____** **FIRMA _____**