



## **INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALL'INOLTRO VIA E-MAIL DEI REFERTI** (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

### **Titolare del trattamento dei dati personali**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (di seguito "ASP-PA"), con sede in Palermo (PA), via Giacomo Cusmano n. 24, 90141, in qualità di Titolare del Trattamento, tratterà i Suoi dati personali in conformità a quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito "GDPR"), che abroga la Direttiva 95/46/CE, e secondo quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 così come novellato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 nonché secondo le indicazioni contenute nelle "Linee guida in tema di referti on-line" dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali emanate il 19 Novembre 2009.

Tutto ciò considerato, l'Azienda, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR - Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (relativi allo stato di salute), con riferimento alla richiesta di inoltro dei referti via posta elettronica.

### **Responsabile della Protezione dei dati personali (RPD)**

Il Titolare ha nominato, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) raggiungibile all'indirizzo [rpd@asppalermo.org](mailto:rpd@asppalermo.org)

### **Finalità e base giuridica del trattamento**

La base giuridica del trattamento è l'art. 6 Lett. a) del GDPR e consiste nel consenso da lei liberamente prestato in relazione al servizio richiesto.

Per rendere più agevoli i rapporti con i pazienti e più rapida la conoscibilità del risultato delle prestazioni sanitarie, i referti possono essere inoltrati via mail.

I dati saranno trattati per finalità relative alla ricezione on-line dei referti medici relativi agli esami clinici o strumentali che effettuerà presso le competenti strutture. Resta fermo quanto definito nell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali per finalità di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato, esposta sul sito internet nonché presso i locali della ASP-PA.

I dati personali necessari per ricevere il referto via email sono quelli anagrafici/identificativi (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, residenza, etc.) nonché i recapiti telefonici e l'indirizzo mail. Nel referto medico, accanto ai predetti dati anagrafici, saranno indicati anche dati particolari relativi allo stato di salute dell'interessato.

### **Modalità di accesso al servizio**

Lei potrà accedere al servizio di "Refertazione tramite posta elettronica", esplicitando la volontà di ricevere i referti presso il Suo indirizzo di posta elettronica personale.

Al fine di espletare le modalità di accesso, all'atto della prenotazione, e comunque prima dell'effettuazione dell'esame, Le sarà fornita, stampata sulla ricevuta di pagamento, una "parola chiave" che Le servirà per decodificare e visualizzare il referto inviatoLe tramite posta elettronica.

Ogni qualvolta effettuerà un nuovo esame, Le sarà richiesto se desidera ricevere il referto dell'esame via e-mail o attraverso il normale servizio di refertazione cartaceo.

Una volta elaborato e firmato digitalmente, il referto verrà spedito al Suo indirizzo di posta elettronica attraverso le modalità di seguito descritte:

- cifratura del referto in modo da consentirne la lettura solo a fronte dell'inserimento della specifica "parola chiave" comunicataLe con le citate modalità;
- invio del referto on-line (in formato PDF) presso l'indirizzo e-mail da Lei indicato;



- invio, se richiesto, di un sms di cortesia, che Le notificherà l'avvenuto invio del referto.

### **Casi di esclusione**

Saranno esclusi dal servizio, quei referti derivanti da indagini cliniche volte a rilevare direttamente o indirettamente determinate patologie per le quali si renda necessaria una specifica attività di consulenza in presenza da parte di personale medico specializzato volta all'illustrazione del risultato diagnostico dei referti. Referti derivanti, ad esempio, da test genetici o indagini volte all'accertamento di particolari condizioni di impatto sociale particolarmente rilevante, potranno essere quindi accessibili solo tramite il tradizionale sistema di refertazione cartaceo<sup>1</sup>.

### **Modalità del trattamento**

Il presente Servizio, verrà effettuato mediante logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Saranno inoltre adottate nell'erogazione del servizio le tecnologie dell'informazione e della comunicazione nel rispetto della disciplina rilevante in materia di trattamento dei dati personali e delle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. 7 Marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii.).

### **Conservazione dei dati**

La documentazione relativa a referti e cartelle cliniche è soggetta a obbligo di conservazione illimitata come disposto dalla circolare del 19 dicembre 1986 n.900 2/AG454/260 del Ministero della Sanità.

### **Comunicazione dei dati**

I dati relativi al suo stato di salute non sono oggetto di diffusione (non possono cioè essere resi noti ad un numero indistinto di soggetti) e non sono, nello specifico, oggetto di comunicazione.

### **Diritto dell'interessato**

Ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR, Lei ha il diritto in qualunque momento di esercitare i citati diritti inviando una istanza alla sede del Titolare, all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati personali, o mediante l'invio alla casella di posta elettronica:

- [rpd@asppalermo.org](mailto:rpd@asppalermo.org);
- [direzionegenerale@asppalermo.org](mailto:direzionegenerale@asppalermo.org)

In particolare potrà chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi laddove applicabile, la limitazione del trattamento dei dati che la riguardano o di opporsi al trattamento degli stessi qualora ricorrano i presupposti previsti dal GDPR e comunque esclusivamente nei limiti previsti dalla normativa vigente in tema di tutela del lavoro.

Inoltre, potrà proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

---

<sup>1</sup> Le eccezioni riportate sono contemplate nel rispetto delle disposizioni normative a tutela dell'anonimato della persona tra cui quelle a tutela delle vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia (l. 15 febbraio 1996, n. 66; l. 3 agosto 1998, n. 269 e l. 6 febbraio 2006, n. 38), delle persone sieropositive (l. 5 giugno 1990, n. 135), di chi fa uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool (d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309), delle donne che si sottopongono a un intervento di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato (l. 22 maggio 1978, n. 194; d.m. 16 luglio 2001, n. 349), nonché con riferimento ai servizi offerti dai consultori familiari (l. 29 luglio 1975, n. 405).



**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
RELATIVO ALL'INOLTRO VIA E-MAIL DEI REFERTI**

(ai sensi dell'art. 6 lett. A e 7 Regolamento UE 2016/679 – GDPR)

La Sig.ra / il Sig. \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

per sé medesimo       esercitando la rappresentanza legale       esercitando la rappresentanza genitoriale

in qualità di (specificare tutore, amministratore di sostegno): \_\_\_\_\_

della Sig.ra / il Sig. \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

estremi del documento del RAPPRESENTANTE

Carta di identità       Passaporto       Altro (\_\_\_\_\_)

N° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, e di:

[ ] AUTORIZZARE      [ ] NON AUTORIZZARE

il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste tramite e-mail.

Palermo, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

---

Se il paziente è un minore di età inferiore a 18 anni, entrambi i genitori prestano il consenso per finalità di invio dei referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste del figlio tramite e-mail mediante la sottoscrizione del presente modulo.

[ ] AUTORIZZANO      [ ] NON AUTORIZZANO

Firma (Padre) \_\_\_\_\_ Firma (Madre) \_\_\_\_\_

Se il paziente è un minore di età inferiore a 18 anni ed è presente un solo genitore, questi dichiara che il genitore non presente è informato ed entrambi acconsentono al trattamento dei dati personali del figlio per finalità di invio dei referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste tramite e-mail. Se è presente il tutore questi esprime il consenso ai sensi di legge.

[ ] AUTORIZZO      [ ] NON AUTORIZZO

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_