

## SMI AURORA ATS Brianza SERVIZIO DIPENDENZE

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679

#### LA INFORMIAMO CHE:

1. I dati personali richiesti, **generali, sociali e sanitari**, verranno trattati solo ai fini del servizio socio sanitario da Lei richiesto e della relativa gestione organizzativa ed amministrativa, in modo lecito e trasparente.
2. Il conferimento dei dati da parte della S.V. o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività svolte a Suo favore è necessario in quanto consente l'erogazione della consulenza richiesta.
3. I dati che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni e/o documentazione socio-sanitaria, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. I trattamenti verranno fatti da personale autorizzato, con l'obbligo della riservatezza.
4. Il trattamento dei dati comporta l'istituzione di un a scheda personale contenente dati di carattere anagrafico. E' previsto anche un loro possibile utilizzo a fini statistici, di ricerca, o di programmazione degli interventi o di documentazione degli stessi anche in forma aggregata assieme a quelli riferiti ad altri soggetti. In questi casi, tuttavia, i dati verranno utilizzati in forma anonima ed in modo da non poter essere riferiti a singole persone.
5. Poiché il D.P.R. 309/90 Art. 120 punto 3 recita "gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle Unità Sanitarie Locali, nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendenti" nel caso di detta richiesta, la scheda non conterrà generalità o altri dati che permettono il riconoscimento dell'utente (D.P.R.309/90 Art.120 punto 6) . Questi sarà individuato attraverso un codice numerico generato in modo da non permettere di risalire all'identità della persona a cui si riferisce.
6. Può essere prevista la comunicazione di dati in forma aggregata, e pertanto da non consentire l'identificazione nominale del singolo soggetto: i dati aggregati e quindi, non riferibili ai singoli soggetti, potranno essere comunicati, resi pubblici o divulgati in diverse forme a fini informativi, formativi, di documentazione e di studio.
7. I dati saranno conservati per il periodo di utilizzo per l'erogazione e la gestione amministrativa del servizio richiesto; saranno conservati per un tempo illimitato dopo la conclusione del servizio.

8. Nella gestione dei suoi dati personali si terrà conto dei suoi diritti (articoli da 15 a 22 del Regolamento 2016/679), e cioè il diritto all'accesso, alla rettifica ed alla cancellazione (diritto all'oblio), alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento, il diritto di proporre un reclamo al Garante Privacy. Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al titolare del trattamento.

**Titolare del trattamento:** Fondazione Eris, Via Ventura, 4 - MILANO. Tel. 02-8324 1125,  
E-mail: segreteria@fondazioneeris.it

---

Dichiarazione di consenso:

Io sottoscritto/a	
Nato a	
Il	
Residente a	
Indirizzo	

Letta l'informazione che precede, liberamente dichiaro il mio consenso al trattamento dei miei dati, così come evidenziato e per le finalità ivi descritte. Ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679 dichiaro altresì di essere informato che l'eventuale revoca del mio consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Meda, Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA NELL'INTERESSE DEL MINORE DI ETÀ/ INTERDETTI/ INABILITATI**

(Art.46 – DPR 28 dicembre 2000 – n. 445)

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni previste dalla legge penale, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità, richiamate dagli artt. 75 e 76 DPR 445 del 28/12/2000.

**DICHIARA**

Di essere nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Di essere residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Di essere cittadina/o \_\_\_\_\_

Di godere dei diritti civili e politici

- Di essere il genitore del minore di età/interdetto/inabilitato e di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 316 del codice civile e seguenti, i figli minori sono soggetti alla potestà dei genitori sino al raggiungimento della maggiore età e che tale potestà dev'essere esercitata di comune accordo da entrambi i genitori per tutte le prestazioni sanitarie relative ai minori.
- Di essere curatore speciale del minore di età /interdetto / inabilitato (indicare gli estremi del provvedimento di nomina della curatela \_\_\_\_\_).
- Di essere tutore del minore di età /interdetto / inabilitato (indicare gli estremi del provvedimento di nomina della tutela \_\_\_\_\_).

Da compilarsi con i dati anagrafici del minore di età / interdetto / inabilitato:

Cognome e Nome	Data e luogo di nascita

Inoltre, dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personale raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Acconsento che i campioni di urine prelevati al minore /interdetto/inabilitato presso lo SMI Aurora siano dallo stesso firmati.

Meda, il \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del minore/interdetto/inabilitato \_\_\_\_\_

Si ricorda che, in caso di soggetto sottoposto a curatela, la firma dell'interessato deve essere affiancata dalla firma del curatore.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

### DEROGA AL RISPETTO DEL SEGRETO PROFESSIONALE

Io sottoscritto/a .....

- non autorizzo alla deroga del rispetto del Codice sulla privacy e del segreto professionale.
- autorizzo gli operatori di questo servizio, del quale sono utente, in deroga all'obbligo del rispetto del segreto professionale / d'ufficio e della tutela dei dati sensibili (CPP art. 200, DPR 309/90 art.120, Regolamento UE 2016/679), a trasmettere:
- miei dati anagrafici
  - mie notizie di carattere personale
  - dati relativi al mio stato di salute
  - informazioni sull'andamento del trattamento

ai seguenti soggetti :

- genitori (specificare .....)
- familiari (specificare .....)
- operatori di altri servizi pubblici (specificare .....)
- operatori di comunità terapeutica (specificare .....)
- altri soggetti (specificare .....)

....., .....

Firmato .....

### REVOCA

Io sottoscritto/a ..... intendo revocare l'autorizzazione alla deroga del rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del segreto professionale in precedenza sottoscritto.

....., .....

Firmato .....

### AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a .....,  
avvalendomi della facoltà concessa dall' art. 2 Legge n. 15/1968, come modificato dall' art. 3, comma 10 della  
Legge 127/97, e dal D.P.R. 20 ottobre 1998 n.403 e consapevole di quanto prevede il D.P.R. 445/2000 e delle  
pene stabilite negli art. 483, 495 e 496 del codice penale per le false attestazioni e per le mendaci dichiarazioni,

### DICHIARO

- Sotto la mia responsabilità che i dati anagrafici riferiti e sopra riportati sono veritieri. Autorizzo, inoltre gli operatori  
a verificare la veridicità di quanto dichiarato presso il/i Comune/i indicati.
- Di aver ricevuto copia della carta servizi dello Smi Aurora con relativi allegati.

.....

Firmato .....

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a .....ai sensi del Regolamento UE 2016/679, esprimo il  
consenso al trattamento dei miei dati personali.

Firmato .....