

INFORMAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Diffusione immagine per specifici eventi-attività istituzionale

Gentile Signora/e, vogliamo portare alla Sua attenzione le informazioni di seguito declinate, riguardanti il trattamento dei dati, che l'ASST Ovest Milanese compie, nell'esercizio delle sue attività istituzionali, con modalità cartacea, informatizzata, audio e video nel rispetto delle misure di sicurezza ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Le informazioni ivi contenute riguardano il trattamento dei dati effettuato da ASST Ovest Milanese nell'ambito della specifica iniziativa descritta di seguito.

DATI TRATTATI – Dati personali (qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile). Il trattamento riguarda nello specifico le immagini/registrazioni degli interessati.

FINALITÀ e MODALITÀ del trattamento – il trattamento dei dati, per gli eventi sotto indicati, è effettuato per il perseguimento delle seguenti finalità: acquisizione di immagini fotografiche/video/audio e loro utilizzo a fini promozionali e di comunicazione (pubblicazione su canali social, testate giornalistiche, televisive e altri mezzi di comunicazione).

L'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita. L'ASST Ovest Milanese si impegna a non fare delle immagini uso alcuno che possa risultare lesivo della dignità, della reputazione o del decoro dell'interessato.

ATTIVITA'/EVENTO.....
.....
.....

BASE GIURIDICA – Presupposto per le attività descritte è il consenso (art. 6.1 lett. a) del Reg. UE 679/2016).

Il mancato consenso e/o il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità per ASST Ovest Milanese di procedere al perseguimento delle finalità sopra indicate.

Il consenso potrà essere revocato dall'interessato in qualsiasi momento e la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento avvenuto prima della revoca.

FONTI – I dati vengono acquisiti presso l'interessato o da soggetti che hanno la titolarità genitoriale, o tutori, amministratori, secondo quanto stabilito dall'Autorità Giudiziale.

COMUNICAZIONE DEI DATI E DESTINATARI – I dati saranno oggetto di diffusione attraverso i canali social di ASST Ovest Milanese e altri mezzi di comunicazione (stampa, tv, altro).

TRASFERIMENTO VERSO PAESI TERZI – I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario trasferire i dati in Paesi extra-UE, assicura sin d'ora che tale trasferimento avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea ai sensi dell'art. 46-47 del Reg. UE 2016/679.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI – I dati verranno conservati per il periodo necessario al conseguimento delle finalità per cui sono stati raccolti.

ESERCIZIO DEI DIRITTI DELL'INTERESSATO – L'interessato può esercitare il diritto di accesso, di rettifica, di limitazione del trattamento, di opposizione al trattamento, nonché il diritto alla cancellazione e alla portabilità del dato con riguardo alla natura del documento sanitario che contiene il dato, compilando il modulo disponibile presso l'URP e sul sito di ASST. Alla richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga di altri 30 giorni ai sensi di legge.

L'interessato può proporre reclamo all'Autorità del Garante o adire le opportune Autorità Giudiziarie in caso di violazioni.

TITOLARE del trattamento dei dati è l'ASST Ovest Milanese nella persona del Direttore Generale pro-tempore. Dati di contatto: privacy@asst-ovestmi.it

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI è contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@asst-ovestmi.it

MODULO DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER DIFFUSIONE IMMAGINE PER SPECIFICI EVENTI-ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Luogo _____ Data _____

Il/La sottoscritto/a **(1)** (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

OPPURE

La/Il sottoscritta/o (cognome e nome) _____

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____ in qualità di:

☐ **genitore(1)** ☐ **tutore(1)** ☐ **amministratore di sostegno(1)**

del paziente MINORE/sottoposto a TUTELA/AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

(cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara, sotto la propria responsabilità:

☐ di essere l'unico rappresentante legale del minore

☐ che l'altro **genitore(2)** (cognome e nome) _____ **è assente**

per impedimento **ma informato e consenziente**

* **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, derivanti da attestazioni non veritiere

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** al trattamento delle proprie immagini per attività di pubblicazione su canali social di ASST Ovest Milanese.

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** al trattamento delle proprie immagini per attività di pubblicazione su testate giornalistiche (giornali, tv, siti di informazione).

Firma del: ☐ interessata/o ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

* Per **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità

L'interessato, nel caso di minore entrambi i genitori (o il genitore che ha prestato il consenso nelle medesime condizioni di cui sopra), **REVOCA/REVOCANO** il consenso al trattamento dei dati personali, in particolare:

☐ al trattamento delle proprie immagini per attività di pubblicazione su canali social di ASST Ovest Milanese

☐ al trattamento delle proprie immagini per attività di pubblicazione su testate giornalistiche (giornali, tv, siti di informazione).
consapevole/i che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma del: ☐ interessata/o ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

* Per **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000: allegare copia documento d'identità