

Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016

La Dott.ssa Silvia Dalpiaz, Cod. Fisc. DLPSLV94L48C794X, P.IVA 02609260225, iscritta all' Ordine dei Biologi del Triveneto sez. A n° Tri_A2763, è il Titolare del trattamento dei suoi dati personale e la informa - ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 che i suoi saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito elencate, e che lei potrà esercitare i diritti e le facoltà di cui ai successivi punti:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di intervento nutrizionale connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito che avverrà attraverso la realizzazione di un piano alimentare oppure con l'indicazione di consigli nutrizionali personalizzati.
2. Il trattamento sarà effettuato sia in forma cartacea che avvalendosi di strumenti elettronici e comunque con misure tecniche e organizzative che garantiscono un livello di sicurezza adeguato al rischio, in particolare dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati. Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni, quali: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.
4. I dati raccolti non costituiranno flusso di informazione dal Titolare verso l'esterno, ma saranno trattati esclusivamente dal Titolare e per le finalità dichiarate. Gli stessi non saranno diversamente diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge (contabili e fiscali). Previo esplicito suo consenso, gli stessi potranno essere trasmessi a professionisti che, successivamente all'incarico, si riterranno utili consultare per il perseguimento della finalità specificata.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.
6. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.
7. I dati personali saranno conservati - e successivamente cancellati o distrutti - per tutto il tempo necessario all'espletamento della finalità professionale per la quale sono stati raccolti, e comunque per il periodo che il Titolare riterrà necessario od opportuno per l'archiviazione dei documenti rilevanti ai fini degli adempimenti di obblighi normativi. In ogni caso, passato il termine massimo di dieci anni dalla non utilizzazione tutti i dati verranno cancellati o distrutti.
8. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese.
9. La informo inoltre che, come previsto dalla normativa vigente, i suoi dati saranno comunicati al Sistema Tessera Sanitaria, che li tratterà comunque in forma aggregata, per l'elaborazione della Sua dichiarazione dei redditi precompilata.

Il sottoscritto _____, nato a _____ () il _____,

residente in via _____ a _____ (), C.F. _____,
esercente la responsabilità genitoriale del minore:

_____, nato a _____ () il _____,

dopo aver letto la superiore informativa, da il consenso al trattamento dei dati che lo riguarda per le finalità ivi indicate.

Data _____

Firma _____