Analysis
Centro Medico Polispecialistico
Laboratori Analisi

Centro Medico
Polispecialistico
Laboratorio Analisi

Luogo: Terracina

Data: 07/07/2026

Io sottoscritto

Nato a il 04/01/1940 C.F.

Presa visione della Informativa ai sensi della legge sulla tutela di dati personali Regolamento 679/2016, autorizzo codesto Centro "Analysis" srl a trattare i miei dati personali ed i relativi quesiti diagnostici come in questa indicato. Sono consapevole che i miei dati personali, nell'ambito della suddetta struttura, saranno noti al personale di accettazione e al personale deputato all'esecuzione delle analisi, nonchè al Responsabile tecnico e clinico della struttura e che tali dati non verranno utilizzati senza mia esplicita autorizzazione per nessun altro fine se non quelli esplicitati nell'informativa.
Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Reg. CE. 679/2016, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Ai sensi degli artt. 13 5,7,8 del Regolamento le forniamo le seguenti informazioni.
I suoi dati personali e sanitari saranno utilizzati per attività legate alla gestione organizzativa interna delle prestazioni fornite dal nostro laboratorio di analisi e dal centro diagnostico polispecialistico, per l'emissione di titoli di pagamento, fatture, ticket, per comunicarle informazioni relative alle prestazioni da lei eseguite e nuove iniziative del centro, per comunicare alla Regione Lazio, agli organismi del Servizio Sanitario Nazionale i dati necessari per espletare le prestazioni in accreditamento e ai nostri Service di riferimento per esami svolti all'esterno della struttura. Il trattamento potrà avvenire su supporto cartaceo o su supporto informatico ed in entrambi i casi i suoi dati saranno protetti e accessibili solo dal personale autorizzato nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dall'Art. 34 del Decreto Legislativo e dall'Art. 32 del Regolamento.
Il conferimento dei dati è obbligatorio nel caso di prestazioni eseguite in regime di accreditamento con il SSN e per l'emissione di fatture e ricevute fiscali per prestazioni private. Pertanto, l'eventuale rifiuto a fornire il consenso comporterà l'impossibilità di erogare le prestazioni richieste.
Previo specifico consenso, i suoi dati potranno essere raccolti per costituire un insieme di informazioni in un dossier sanitario al fine di migliorare il suo processo di cura attraverso un accesso integrato da parte del personale sanitario coinvolto. Il mancato consenso al trattamento dei dati mediante il dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.
I dati non saranno comunicati ad altri soggetti (ad eccezione di quanto sopra detto) né saranno oggetto di diffusione. I dati potranno essere utilizzati per fini statistici interni. Il titolare del trattamento è la Dott.ssa Laura Frainetti, amministratore unico di Analysis s.r.l.
Tutti i dati personali inseriti al momento della prenotazione sono trattati e gestiti dal Sistema Informatico in uso all'ambulatorio.
In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003 e dell'ari 12 e seguenti del Regolamento 679/2016:
I suoi dati verranno conservati per il tempo necessario all'espletamento dei servizi sanitari richiesti e comunque al massimo per il tempo di conservazione previsto dalla normativa, fatto salvo il consenso alla conservazione "sine die" nel suo dossier sanitario.
L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento: c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; b) l'oblio, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Il Sottoscritto, **Tutto ciò premesso**

Acconsente ☐ ☐ **Non acconsente**

al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità e secondo le modalità sopra riportate.

Il Sottoscritto, inoltre:

Acconsente ☐ ☐ **Non acconsente**

al trattamento dei propri dati personali e sensibili finalizzato a costituire un dossier sanitario conservando i dati a tempo indeterminato

Acconsente ☐ ☐ **Non acconsente**

al trattamento dei propri dati personali e sensibili per accesso ai referti attraverso il sito internet www.laboratorioanalysis.com per se e per il proprio Medico Curante

Acconsente ☐ ☐ **Non acconsente**

al trattamento dei propri dati personali ai fini dell'invio, tramite sms o posta elettronica, di materiale informativo o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione di servizi inerenti l'attività sanitaria dell'ambulatorio

Data: 07/07/2026

Firma _____

Nel caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso ei validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:

Sig./ra _____ Nato/a a _____ il _____ in qualità di _____