

## PSP SUPPORTER

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

#### - PAZIENTE -

ex artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679

Gentile Signora, Gentile Signore,

la presente informativa è elaborata ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (in breve, “GDPR”) e aggiorna le precedenti versioni eventualmente rilasciate prima d’ora.

#### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è la Healthcare Network Partners Italy S.p.a. (di seguito anche “HNP”), con sede legale a Bologna (BO), Via Nazario Sauro n. 8, P.IVA 06671690482, che può contattare scrivendo all’indirizzo e-mail [supporter@hnpgroup.eu](mailto:supporter@hnpgroup.eu).

#### Responsabile della protezione dei dati personali

Supervisiona il trattamento dei Suoi dati personali il Data Protection Officer (detto anche “DPO”). Il DPO di HNP è l’avv. Silvia Stefanelli, che può contattare scrivendo all’indirizzo e-mail [dpo@hnpgroup.eu](mailto:dpo@hnpgroup.eu).

#### Categorie di dati personali trattati

Per poterle offrire i servizi previsti dal Programma, HNP ha bisogno di conoscere alcuni dei Suoi dati personali, come ad esempio i Suoi dati anagrafici (come ad esempio nome, cognome, indirizzo di residenza, luogo e data di nascita, ecc.), dati di contatto (cellulare, email) e alcuni dei Suoi dati di salute essenziali per l’erogazione del Programma (come ad esempio alcune informazioni cliniche, indicazioni terapeutiche, ecc.).

#### Finalità del trattamento e base giuridica

HNP tratterà i Suoi dati personali per le seguenti finalità.

|          | FINALITÀ  | BASE GIURIDICA   | OBBLIGO DI CONFERIMENTO  |
|----------|---|--|--|
| <b>A</b> | Prestare il servizio o i servizi previsto dal Programma, nonché condividere i referti con il Suo Medico Specialista.  | Il trattamento dei Suoi dati personali per queste finalità avverrà solo previo Suo specifico consenso (art. 9, co. 2, lett. a GDPR), prestato in calce al presente documento o tramite flag sul sito del Progetto, e che può in ogni momento revocare. | Il conferimento dei Suoi dati per questa finalità è facoltativo, tuttavia è necessario per l’erogazione dei servizi. Per questo il mancato conferimento o la revoca del consenso non permetteranno di beneficiare dei servizi offerti dal Programma.       |
| <b>B</b> | Svolgere indagini sulla qualità del Programma, nonché sul Suo grado di soddisfazione e gradimento. Per questa finalità, i Suoi dati verranno trattati in forma pseudonimizzata e, al termine della loro registrazione, verranno resi anonimi. | Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà solo previo Suo specifico consenso (art. 9, co. 2, lett. a GDPR), prestato in calce al presente documento, e che può in ogni momento revocare.  | Il conferimento dei Suoi dati per questa finalità è facoltativo. Le ricordiamo che, nel caso in cui non fornirà il Suo consenso, tale diniego non inciderà in alcun modo sulla qualità dei servizi. Allo stesso modo, non inciderà la revoca del consenso. |

|          |   |  |  |
|----------|---|--|--|
| <b>C</b> | Elaborare i dati in forma anonima ed aggregata per l'effettuazione di indagini statistiche e la condivisione dei risultati con l'azienda farmaceutica (titolare AIC). | Il trattamento è basato sul legittimo interesse del Titolare consistente nel monitoraggio e nell'analisi dell'andamento del Programma. | Per questa finalità Lei fornisce i dati al momento dell'adesione al Programma. I dati sono trattati in forma anonima ed aggregata. |
|----------|---|--|--|

### Condivisione dei Suoi dati personali

I Suoi dati possono essere comunicati a soggetti esterni ad HNP, che sono stati nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR. Nello specifico, HNP potrà condividere i Suoi dati con:

- il Suo Medico Specialista, che potrà accedere alle informazioni necessarie per conoscere lo stato e l'andamento del Programma nonché ai referti, se avrà fornito il Suo consenso;
- i laboratori incaricati da HNP per l'effettuazione delle analisi;
- fornitori di servizi (es. fornitori di servizi IT, cloud, ecc.);
- l'azienda farmaceutica (titolare AIC), ai fini degli obblighi di farmacovigilanza a cui è soggetta. Per tale trattamento, HNP è nominata dall'azienda farmaceutica Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR;
- le ASL di competenza, per l'adempimento degli obblighi di monitoraggio e segnalazione previsti dalla legge.

I Suoi dati personali non saranno diffusi, e non saranno condivisi o trasferiti a soggetti appartenenti a categorie diverse da quelle indicate nella presente informativa. Se desidera accedere alla lista completa e specifica dei destinatari dei Suoi dati, può scrivere all'indirizzo mail di HNP [supporter@hnpgroup.eu](mailto:supporter@hnpgroup.eu).

### Trasferimento dei dati personali fuori dall'Unione Europea

I Suoi dati possono essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o dall'Area Economica Europea. Il Titolare si impegna a trasferire i Suoi dati solamente in Paesi che garantiscono un livello di sicurezza adeguato, attraverso fornitori sicuri. Nel caso in cui i dati venissero trasferiti al di fuori dell'Unione Europea, ciò avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio la scelta di Paesi oggetto di Decisioni di adeguatezza, l'adozione di Clausole Contrattuali Standard approvate dalla Commissione Europea o altre adeguate garanzie.

### Tempi di conservazione dei dati

HNP conserverà i Suoi dati personali per un periodo di tempo non superiore a quello necessario a conseguire le finalità per le quali li sta trattando, come indicato nella tabella seguente. Al termine di tali periodi, HNP cancellerà i dati in maniera irreversibile – tramite metodi di distruzione o cancellazione sicura – o li conserverà in una forma anonima che non consente, neanche indirettamente, la Sua identificazione.

| PERIODO DI CONSERVAZIONE |   |
|--------------------------|---|
| <b>A</b>                 | I Suoi dati verranno conservati per tutto il tempo necessario a fornirle i servizi previsti dal Programma o fino alla revoca del Suo consenso, e per i successivi 15 anni esclusivamente ai fini di tutela dei diritti legali e di difesa di HNP. Nel caso in cui Lei revochi il Suo consenso, i Suoi dati verranno eliminati dal Titolare compatibilmente con le leggi vigenti in tema di conservazione delle informazioni raccolte. |
| <b>B</b>                 | I Suoi dati verranno trattati fino alla revoca del Suo consenso. In tal caso, i Suoi dati verranno eliminati dal Titolare compatibilmente con le leggi vigenti in tema di conservazione delle informazioni.   |
| <b>C</b>                 | I Suoi dati verranno trattati per il tempo strettamente necessario ad elaborare le statistiche, dopodiché verranno immediatamente anonimizzati.   |

## Conferimento dei dati

Il Medico Specialista che ha scelto per Lei il Programma potrebbe comunicare ad HNP alcuni dei Suoi dati personali, come ad esempio il Suo nominativo o il Suo centro di riferimento. Tutti gli altri Suoi dati personali necessari all'attivazione e allo svolgimento del Programma verranno chiesti direttamente a Lei o al Suo caregiver dal personale di HNP.

## I Suoi diritti

In qualità di Interessato al trattamento dei dati personali, Lei può in qualunque momento esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (EU) 2016/679, che sono:

- Diritto di accedere ai Suoi dati personali e di ricevere informazioni relative al trattamento;
- Diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione e la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali, in presenza di determinate condizioni;
- Diritto di ricevere in un formato strutturato i dati personali che la riguardano forniti ad HNP e di trasmettere tali dati a un altro titolare;
- Diritto di opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
- Diritto di non essere sottoposto ad un processo decisionale automatizzato;
- Diritto di revocare il/i consenso/i al trattamento.

Lei può esercitare i Suoi diritti inviando una richiesta all'indirizzo mail di HNP ([privacy@hnpgroup.eu](mailto:privacy@hnpgroup.eu)), che le risponderà il prima possibile e, in ogni caso, non oltre 30 giorni dalla Sua richiesta.

## Reclami

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi dati sono trattati da HNP ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, ha il diritto di presentare un'istanza direttamente al Garante privacy secondo le modalità indicate sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

## Aggiornamenti

La presente informativa può essere soggetta a modifiche o aggiornamenti. In tale ipotesi, HNP la avvertirà in anticipo tramite i consueti canali di comunicazione (ad esempio, via e-mail).

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Dati anagrafici del partecipante al Programma (Paziente)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. (principale): \_\_\_\_\_ Altro recapito: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Centro Clinico: \_\_\_\_\_

Clinico di riferimento: \_\_\_\_\_

Letta e compresa l'Informativa Privacy,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali, inclusi i dati relativi allo stato di salute, necessari per lo svolgimento dei servizi previsti dal Programma (**finalità A**).

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

a condividere con il mio Medico Specialista i miei referti (**finalità A**).

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali, inclusi i dati relativi alla salute, necessari per lo svolgimento di indagini sulla qualità del Programma, nonché sul mio grado di soddisfazione e gradimento (**finalità B**).

\_\_\_\_\_  
Data (giorno, mese, anno)

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

*Il consenso deve essere rilasciato dal paziente, se maggiorenne e in grado di intendere e di volere.*

**Compilare i moduli sottostanti se il paziente è minore o se è necessario che il consenso sia rilasciato da un terzo. Specificando il ruolo del terzo (es. marito, moglie, tutore). In caso di minori, è necessaria la firma di entrambi i genitori.**

---

–  
Nome e cognome (IN STAMPATELLO)

---

–  
Ruolo (madre, padre, specificare se altro)

---

–  
Firma leggibile

---

–  
Nome e cognome (IN STAMPATELLO)

---

–  
Ruolo (madre, padre, specificare se altro)

---

–  
Firma leggibile