|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Informativa e consenso per acquisizione e utilizzo immagini per eventi aziendali ai sensi dell’art.13e 14 del Regolamento UE** |  |

**TITOLO EVENTO**

……………………………………………………..……………..…………………………………………………………………

………………………………………………………………..….………………………….. **DATA** …….……………………….

**LUOGO**: Struttura …………..…….……….….………………… Presidio Ospedaliero di ……………………..............………..

In occasione dell’evento verranno scattate fotografie **destinate al materiale di informazione / comunicazione, ovvero alla diffusione attraverso i consueti mezzi di comunicazione** (sito internet ASST Valle Olona, house organ …….…………….).

**Le fotografie acquisite in nessun modo consentiranno l’identificazione dei minori.**

Il **consenso dei minori** è valido **a partire dai 16 anni** (art.8 Reg. UE).

Fatto salvo quanto disposto dall’art. 2 quinquies del D.lgs. 196/2003, che consente al minore che ha compiuto i 14 anni di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati in relazione all’offerta diretta di servizi della società dell’informazione, prima di tale età occorre raccogliere il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci.

Le immagini acquisite da questa ASST saranno registrate, trattate e conservate a cura della Struttura / Servizio ………………………………………………………..….… che partecipa all’organizzazione dell’evento.

Le immagini acquisite dal Soggetto Esterno che collabora all’evento (identificare) …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….……….……………………………

saranno registrate, trattate e conservate a cura di ……………………………………………………………………….

Per quanto sopra il consenso acquisito con il presente modulo è da intendersi rilasciato solo per le immagini acquisite da questa ASST e da ……………………………………………………….……….., ai sensi dell’art. 10 del Codice Civile, degli articoli 96 e 97 legge 22 aprile 1941 n. 633, del D.Lgs. n. 196/2003 e del Reg. UE n.679/16 sulla protezione dei dati personali.

La responsabilità relativa al trattamento e all’utilizzo delle immagini acquisite da altri operatori (addetti stampa, giornalisti, fotografi e cineoperatori) e soggetti terzi presenti all’evento sarà direttamente ed esclusivamente riferibile agli stessi, restando escluso ogni riferimento o coinvolgimento dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valle Olona che ne declina, quindi, fin da ora, ogni responsabilità connessa o conseguente.

Per quanto detto i pazienti/utenti, gli ospiti, i visitatori e tutti gli operatori dell’ASST presenti all’evento dovranno personalmente accertarsi dell’operato di tutti i soggetti presenti all’evento diversi dal personale dell’ASST e di …………………………………

………………………. che potrebbero agire trattando dati personali e/o immagini in modo da non garantirne la riservatezza.

**Titolare E RESPONSABILE del trattamento**

**Titolare** del trattamento delle immagini direttamente acquisite per l’Azienda Socio Sanitaria della Valle Olona, con sede in Busto Arsizio, Via A. da Brescia 1, è l’ASST Valle Olona in persona del suo Direttore Generale, quale rappresentante legale pro tempore dell’Ente.

**Responsabile del trattamento** è identificabile in base all’evento nelle seguenti figure:

* Responsabile dell’URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) - tel. 0331/699851
* Responsabile della Struttura che organizza l’evento
* Responsabile della Struttura che ospita l’evento
* Altri (indicare)…………………………………………………………………………………..

**Titolare** del trattamento delle immagini direttamente acquisite per il Soggetto Esterno sopra identificato con sede in ………………………………………………………………………...……………….………..……………………………………

……………………………………………...………………………………………….………………………………..….………....

che ha nominato Responsabile del trattamento ………………………………………...…...................................................................

**Diritti dell'interessato**

In relazione all’acquisizione del consenso ed al trattamento dei dati da parte dell’Azienda, Lei potrà rivolgersi al Responsabile del trattamento per far valere i Suoi diritti, cosi come previsti al Capo III del Reg. UE 679/ 16 (art. 12-23) tra i quali in particolare il diritto di ottenere:

* la conferma dell’esistenza presso l’ASST Valle Olona di dati personali che La riguardano ed in tal caso di ottenere l’accesso e la comunicazione, in forma intelligibile, degli stessi;
* le informazioni sull’esistenza di processi decisionali automatizzati che La riguardano ed in tal caso informazioni significative sulla logica utilizzata e le conseguenze previste di tale trattamento;
* l’aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora vi abbia interesse, l’integrazione dei dati;
* la cancellazione dei Suoi dati o la limitazione del trattamento che La riguarda (art.18 Reg. UE);
* di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei Suoi dati (art. 21 Reg. UE);
* gli strumenti e le modalità attraverso i quali potrebbero venir trasferiti i suoi dati all’estero;
* il diritto di proporre reclamo all’Autorità di controllo, per l’Italia il Garante per la protezione dei dati personali.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Preso atto dei contenuti dell’informativa su estesa, con riferimento all’evento ivi descritto, i sottoscritti

**dichiarano**

* di aver letto e di accettare i termini dell’informativa stessa sull’acquisizione e trattamento delle immagini derivanti dalla ripresa fotografica e/o dalla videoregistrazione dell’evento e sulla destinazione delle immagini stesse alla diffusione, nell’ambito di materiale di comunicazione e sui media;
* di prendere atto che le fotografie acquisite in nessun modo consentiranno l’identificazione dei minori;
* di accettare che l’acquisizione e l’utilizzo delle immagini è da considerarsi in forma gratuita e di non avere nulla a pretendere dall’ASST Valle Olona ad alcun titolo, presente e futuro, per la pubblicazione delle immagini di cui sopra;
* di prendere atto che l’ASST Valle Olona non risponde e quindi declina ogni responsabilità per l’operato di soggetti terzi quali addetti stampa, giornalisti, fotografi e cineoperatori e ogni qualsivoglia altro partecipante presente all’evento;
* di avere la responsabilità genitoriale per il minore in forza del seguente titolo ……………………………………
* DI PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO e AUTORIZZARE l’ASST Valle Olona all’acquisizione, al trattamento, uso e conservazione dei dati personali e delle immagini:
* proprie
* del minore (**vedi A1107\_P22\_POL01\_MS08 per autenticare le dichiarazioni e firme raccolte)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **NOME e COGNOME**🞎 **Minore** 🞎 **Interessato** | **Nome e cognome genitore/i con responsabilità genitoriale** | **FIRMA****🞎 Genitori 🞎 Interessato** |
|  | ……………………………….. | PADRE………………..…………MADRE………………………….. | …………………..………………………………..…………… |
|  | ……………………..………… | PADRE……………..……………MADRE……………..………….. | …………………..………………………………..…………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **NOME COGNOME MINORE** | **Nome e cognome esercente/i la responsabilità genitoriale****se diversi dai genitori** | **FIRMA** |
|  |  | ……………..………..……………Documento …………...………….N° …………...………………… | …………………….……………………………….………… |
|  |  | ……………..………..……………Documento …………...………….N° …………...………………… | …………………….……………………………….………… |