



FARMACIA POZZI
SOCIETÀ BENEFIT

SOMMINISTRAZIONE DEI TESTI DIAGNOSTICI **(Informativa privacy art.13, Regolamento 679/2016/UE – GDPR)**

Il Titolare del trattamento è FARMACIA POZZI SRL SOCIETÀ BENEFIT Indirizzo PEC farmaciapozzirsbs@pec.it e-mail: amministrazione@farmaciapozzi.com Recapito telefonico: 0424.503649

Gentile Utente, qualora intenda ricevere un test diagnostico, la Farmacia Pozzi srl SB ha la necessità di trattare i suoi dati personali.

Finalità e base giuridica

In particolare, i suoi dati anagrafici e di contatto, le informazioni relative al documento di identità e all'esito del test diagnostico sono trattati ai sensi dell'art.9, § 2 lett.h Reg. Ue 679/2016, in relazione all'art.1, comma 2, lettera e-ter ed e-quater del d.lgs. n. 153/2009 solo ed esclusivamente per finalità di diagnosi.

Destinatari dei dati e tempo di conservazione

I dati potranno essere elaborati da dipendenti o collaboratori della Farmacia nominati quali incaricati del trattamento o da società che svolgono attività per conto della farmacia, fornitori esterni, professionisti e consulenti che sono nominati responsabili del trattamento. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti, vale a dire la consegna dell'esito del test con i dati anagrafici dell'interessato. Potranno essere conservati anche successivamente per assicurare il rispetto delle leggi nazionali e per eventuali controversie, in relazioni alle tempistiche previste dalle prescrizioni civilistiche. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di ricevere il test.

Diritti

L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento, secondo le modalità indicate dal Regolamento UE n. 679/2016: l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. L'interessato avrà sempre diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali - www.garanteprivacy.it).



FARMACIA POZZI
SOCIETÀ BENEFIT

Si dichiara che in data: _____ il Sig./la Sig.ra _____

si è sottoposto/a al TAMPONE PER RILEVAZIONE DELLO STREPTOCOCCO

con esito:

NEGATIVO

POSITIVO

TEST UTILIZZATO: _____

OPERATORE SANITARIO: _____

Bassano del Grappa, il _____

Timbro Farmacia e firma operatore sanitario