

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN VIDEOCONFERENZA PER COMUNICAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE

(a seguito delle misure di contenimento del COVID-19 e per il solo periodo di attuazione di tali misure)

Gentile Paziente,

a seguito delle misure di contenimento del COVID-19, per il solo periodo di attuazione di tali misure, si rende necessario fornire informazioni sul suo stato di salute mediante sistemi di videochiamata. La base di liceità del trattamento è il suo libero e specifico consenso (art. 9.2.a del Regolamento (UE) 2016/679).

La informiamo che le immagini e i suoni non saranno registrati, archiviati o trasferiti; alla fine della videochiamata non rimarrà nessun dato o informazione.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Grande Ospedale "Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli" via provinciale Spirito Santo n. 24 Reggio Calabria, contattabile al seguente indirizzo [protocollo@pec.ospedalerc.it](mailto:protocollo@pec.ospedalerc.it).

Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile al seguente indirizzo email: [rpd@ospedalerc.it](mailto:rpd@ospedalerc.it).

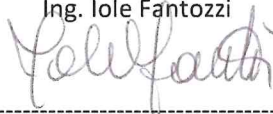
I Delegati sono i Direttori/Responsabili delle strutture operative presso la quale si trova ricoverato.

### I suoi diritti

In qualità di interessato/a, la normativa vigente Le riconosce l'esercizio di specifici diritti, così come descritti al punto 9 dell'informativa generale pubblicata sul sito [www.ospedalerc.it/privacy](http://www.ospedalerc.it/privacy).

Reggio Calabria, 23 novembre 2020.

Il Commissario Straordinario  
Ing. Iole Fantozzi



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Ing. Iole Fantozzi)

### CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SUL PROPRIO STATO DI SALUTE MEDIANTE VIDEOCONFERENZA

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Doc. di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

avendo letto e compreso l'informativa generale in materia di protezione dei dati personali pubblicata sul sito [www.ospedalerc.it](http://www.ospedalerc.it) e quella specifica in materia di videoripresa sopra riportata, presta il consenso libero specifico e revocabile,

al medico (nome e cognome) \_\_\_\_\_

ad altro personale (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Piattaforma e numero telefonico (videochiamata) \_\_\_\_\_

Espressamente non si autorizza \_\_\_\_\_

Firma per esteso dell'interessato

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020