

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), in relazione ai dati personali di cui il Titolare acquisirà la disponibilità con l'**affidamento dell'incarico professionale**, Le comunichiamo quanto segue.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è il dott./la dott.ssa Alessandra Boni, il quale esercita la professione non regolamentata ai sensi della l. 4/2013, di carattere non sanitario, domiciliato presso il suo studio a Villa Poma di Borgo Mantovano, in via Gaiardina, reperibile all'indirizzo e-mail alessandrapsicomotricista@gmail.com e al numero di telefono 3492138296.

Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, sia quelli comuni (ad esempio i dati anagrafici, l'indirizzo e-mail o il numero di telefono) sia quelli relativi allo stato di salute dell'interessato, è **finalizzato alla corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale ricevuto**.

I dati saranno trattati **anche al fine di**:

- I adempiere agli obblighi previsti in ambito fiscale e contabile;
- I rispettare gli obblighi incombenti sul professionista e previsti dalla normativa vigente.

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate e a garantirne la sicurezza in conformità al GDPR.

Base giuridica del trattamento

Il Titolare tratta i Suoi dati personali **lecitamente**, nella misura in cui il trattamento:

- I sia necessario all'esecuzione dell'incarico professionale, di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta;
- I sia necessario per adempiere un obbligo legale;
- I sia basato sul **consenso espresso ed esplicito**, in particolare per quanto riguarda il trattamento dei **dati relativi allo stato di salute** dell'interessato.

Conseguenze della mancata comunicazione dei dati personali

I dati personali che la riguardano sono necessari per la corretta esecuzione dell'incarico professionale. La mancata comunicazione dei dati personali impedisce al professionista di accettare l'incarico e, quindi, il perfezionarsi del rapporto contrattuale.

Il conferimento dei dati relativi allo stato di salute è anch'esso necessario per poter fornire le prestazioni professionali richieste, ma essi potranno essere oggetto di trattamento soltanto **previo rilascio di esplicito consenso** dell'interessato o di chi esercita la responsabilità genitoriale o ne fa le veci. Il **mancato consenso**, tuttavia, avrà come conseguenza l'impossibilità per il professionista di accettare l'incarico e, quindi, il mancato perfezionamento del rapporto contrattuale.

Conservazione dei dati

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per tutto il periodo di durata dell'incarico professionale. Dopo la cessazione dell'incarico saranno conservati per il periodo di 11 (undici) anni (calcolato sommando il periodo di prescrizione ordinaria più un anno per eventuali azioni promosse oltre il termine).

Comunicazione dei dati

I dati personali potranno essere comunicati a:

1. personale e collaboratori dello Studio, in qualità di incaricati al trattamento per la gestione degli adempimenti connessi alle prestazioni richieste;
2. liberi professionisti e prestatori di servizi per la corretta esecuzione degli adempimenti di legge.

3. pubbliche Autorità preposte a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti previsti dalla legge.

4. il suo medico di famiglia o altro professionista della sanità (medico specialista, psicologo o altro operatore) da Lei indicato per le specifiche finalità connesse all'incarico professionale conferito.

Profilazione e Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

Diritti dell'interessato

Tra i diritti a Lei riconosciuti dal GDPR rientrano quelli di:

I chiedere al professionista l'**accesso ai Suoi dati personali** ed alle informazioni relative agli stessi; la **rettifica** dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la **cancellazione** dei dati personali che La riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); la **limitazione** del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del GDPR);

I richiedere ed ottenere dal professionista - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un **formato strutturato e leggibile** da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);

I **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;

I **revocare** il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;

I proporre **reclamo** a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it).

Il sottoscritto _____ Codice fiscale: _____, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore/ tutore dell'interessato, dichiara di avere ricevuto l'informativa sopra estesa.

LUOGO E DATA

FIRMA _____

CONSENSO ESPLICITO AL TRATTAMENTO DI ALCUNI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ Codice fiscale: _____, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore/ tutore dell'interessato, letta l'informativa resa dal Titolare del Trattamento. D,ssa Boni Alessandra,

PRESTA IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali dell'interessato relativi allo stato di salute e di quelli per i quali il consenso rappresenta la base giuridica, per le attività e le finalità descritte nell'informativa.

LUOGO E DATA

FIRMA _____