

**Allegato C al Decreto n. 185 del 28 dicembre 2023** pag. 1/2**INFORMATIVA sul TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI E RILASCIO
DELL'AUTORIZZAZIONE***(ex art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)*

In base al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation – GDPR*) “*ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano*”.

I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell'interessato e i suoi diritti.

Il Titolare del trattamento è la Regione del Veneto / Giunta Regionale, con sede a Palazzo Balbi - Dorsoduro, 3901, 30123 – Venezia.

Il Delegato al trattamento dei dati che La riguardano, ai sensi della DGR n. 596 del 08.05.2018, è il **Direttore della Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici**, mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Il Responsabile della Protezione dei dati/*Data Protection Officer* ha sede a Palazzo Sceriman, Cannaregio, 168, 30121 – Venezia. La casella mail, a cui potrà rivolgersi per le questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: dpo@regione.veneto.it PEC: dpo@pec.regione.veneto.it

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è: **nomina componente/partecipante esterno/ componente del Gruppi di Lavoro, della Commissione Tecnica Regionale Farmaci di cui al Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale/Direttore Direzione Farmaceutico Protesica Dispositivi Medici della Regione del Veneto n. del** (ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento 2016/679/UE).

I dati raccolti saranno conservati per tutto il tempo necessario allo svolgimento della procedura in ragione delle potenziali azioni legali esercitabili. In ogni caso, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa, ivi comprese quelle di archiviazione nel pubblico interesse.

I dati raccolti saranno trattati da persone autorizzate a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato in base al seguente criterio: *per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), il tempo stabilito dalle regole interne proprie all'Amministrazione regionale e da leggi e regolamenti in materia.*

Le dichiarazioni pubbliche di interessi sono soggette a divulgazione ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 recante “*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al sottoscritto l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza Venezia 11 00187 - ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati è necessario per la **nomina quale componente della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (di cui al Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale/ Direttore Direzione Farmaceutico Protesica Dispositivi Medici della Regione del Veneto n. del**

.....).

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per la finalità sopra indicata. In caso di mancato conferimento dei dati e di mancata sottoscrizione della presente dichiarazione non potrà prendere parte alle attività della Commissione Tecnica Regionale Farmaci, nonché quelle del Gruppi di lavoro.

Il Direttore della Direzione
Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici

Dichiaro, di aver preso visione dell'Informativa *ex art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR* e dichiaro altresì di essere consapevole che in caso di mancata sottoscrizione della presente dichiarazione non potrò partecipare a nessuna delle attività della Commissione Tecnica Regionale Farmaci/Gruppo di lavoro.

Nome _____

Cognome _____

Data _____

Firma _____