



## **VIOLAZIONE DI DATI PERSONALI**

### **MODELLO DI COMUNICAZIONE AL GARANTE**

Secondo quanto prescritto dal Regolamento europeo 2016/679, i titolari di trattamento dei dati personali sono tenuti a comunicare al Garante le violazioni dei dati personali (data breach) che possono comportare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, (cfr. Art 33.1 del predetto Regolamento Ue 2016/679).

La comunicazione deve essere effettuata **entro 72 ore** dalla conoscenza del fatto, compilando il modulo che segue.

### **Titolare del trattamento**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( ) Cap \_\_\_\_\_

Nome persona fisica addetta alla comunicazione \_\_\_\_\_

Cognome persona fisica addetta alla comunicazione \_\_\_\_\_

Funzione rivestita \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC e/o EMAIL per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

### **Natura della comunicazione**

### **Breve descrizione della violazione dei dati personali trattati mediante il dossier sanitario**

#### **Quando si è verificata la violazione dei dati personali trattati?**

- Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Tra il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- In un tempo non ancora determinato
- E' possibile che sia ancora in corso

**Dove è avvenuta la violazione dei dati? (Specificare se sia avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili)**

**Modalità di esposizione al rischio**

**Tipo di violazione**

- Dati facenti parte di categorie particolari (es. rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona)

Copie per immagine su supporto informatico di documenti analogici Ancora sconosciuto

Altro : \_\_\_\_\_

**Livello di gravità della violazione dei dati personali trattati mediante il dossier sanitario (secondo le valutazioni del titolare)?**

Basso/trascurabile

Medio

Alto

Molto alto

**Misure tecniche e organizzative applicate ai dati oggetto di violazione**

**La violazione è stata comunicata anche agli interessati?**

Sì, è stata comunicata il \_\_\_\_\_

No, perché \_\_\_\_\_

**Qual è il contenuto della comunicazione resa agli interessati?**

**Quali misure tecnologiche e organizzative sono state assunte per contenere la violazione dei dati e prevenire simili violazioni future?**

Luogo, data

Firma