

## ALLEGATO 4

Su Carta Intestata

### FACSIMILE

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

#### ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

(artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679, d. lgs. 10 agosto 2018 n. 101 di adeguamento del codice in materia di protezione dei dati personali d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 alle disposizioni del regolamento UE 2016/679)

<b>TITOLO DEL PROGETTO</b>	
<b>NUMERO DI IDENTIFICAZIONE (SE DISPONIBILE)</b>	
<b>VERSIONE E DATA DEL PROTOCOLLO</b>	
<b>RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>	<i>(indicare nome, cognome, qualifica, indirizzo, recapito telefonico ed email)</i>
<b>SEDE/ DELLA RICERCA</b>	

Gentile Signore/a,

La informiamo che il trattamento dei dati personali che La riguardano, raccolti nel corso dello studio sopra indicato, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza e che tale trattamento avviene nel rispetto della normativa in vigore e, in particolare, nel rispetto dei principi fissati dall'art 5 del Regolamento (UE) 2016/679 e mediante misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che il trattamento sia effettuato conformemente a quanto prescritto dal Regolamento UE 2016/679. L'acquisizione ed il trattamento dei dati, da Lei sempre revocabile, avviene sulla base del Suo esplicito consenso e (ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento UE 2016/679. L'acquisizione ed il trattamento dei dati, da Lei sempre revocabile, avviene sulla base del Suo esplicito consenso e (ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento UE 2016/679) per perseguimento dei fini di ricerca scientifica e per la specifica finalità della indicata ricerca.

#### BASE GIURIDICA E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Al fine di effettuare lo studio scientifico di cui è stato informato, l'Università o l'UOC (*indicare nome, indirizzo*), quale Centro di studio e Titolare del progetto di ricerca, in conformità con le responsabilità previste dalle norme sulla buona pratica clinica (D.L. 211/2003) e in conformità con la normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali - ai sensi del d.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 di adeguamento del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs.30 giugno 2003 n. 196) alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 - tratterà i Suoi dati personali soltanto nella misura in cui gli stessi siano indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, ed in funzione della realizzazione di esso.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma è indispensabile per la partecipazione allo studio: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di partecipare allo studio, ma non pregiudicherà in alcun modo le cure cui Lei è sottoposto. (*Indicare se ci sono dati che possono invece essere forniti facoltativamente, la cui mancanza non pregiudica la partecipazione allo studio*).

## **TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Titolare del trattamento dei dati è l'Università degli Studi dell'Aquila.

Il Responsabile della protezione dati (RPD/DPO) per l'Università di L'Aquila ha sede presso Palazzo Ciavoli Cortelli, via Roma 33, 67100 L'Aquila (AQ), telefono +39-0862432218, e-mail [rpd@strutture.univaq.it](mailto:rpd@strutture.univaq.it), PEC [protocollo@pec.univaq.it](mailto:protocollo@pec.univaq.it)

Qualora trattasi di studi su pazienti o su dati della ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila il Responsabile della protezione dati (RPD/DPO) per la ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila è NB CONSULTING, funzione affidata dalla ASL con Delibera del Direttore Generale n 1266 del 17 luglio 2019, e-mail: [dpo@asl1abruzzo.it](mailto:dpo@asl1abruzzo.it), PEC: [dpo@pec.asl1abruzzo.it](mailto:dpo@pec.asl1abruzzo.it)

## **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato in modalità informatizzata e/o cartacea.

Il medico e/o il membro del gruppo di ricerca che La seguirà nello studio La identificherà con un codice.

Tali dati saranno registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, alla Sua data di nascita, al sesso, al Suo peso e alla Sua statura, e alla Sua storia clinica e farmacologica. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

I dati che La riguardano, raccolti nel corso dello studio saranno registrati, elaborati e conservati per 5 anni unitamente a tale codice. I dati saranno custoditi in una stanza chiusa a chiave presso il Dipartimento \_\_\_\_\_ e/o su pc protetto da password sotto la responsabilità del titolare del progetto di ricerca e degli altri membri del gruppo di ricerca. I dati saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o elettronici.

La Sua partecipazione allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni cliniche, il personale che esegue lo studio e l'Internal Review Board potranno conoscere i dati (anche identificativi) che La riguardano, eventualmente compresi quelli contenuti nella Sua documentazione clinica originale. I dati liberamente conferiti saranno utilizzati solo per scopi di studi e di ricerca e potranno essere comunicati o diffusi, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici, solo in forma rigorosamente anonima.

## **ESERCIZIO DEI DIRITTI**

In qualunque momento, Lei potrà esercitare tutti i diritti previsti dalla normativa vigente ed in particolare quelli di cui al Regolamento europeo 2016/679 (in particolare quelli di cui agli artt. 11 e 12 del regolamento UE 2016/679) in materia di protezione dei dati personali (per es., accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento, ecc.) rivolgendosi direttamente al Responsabile del progetto di ricerca (*indicare nome, cognome, qualifica, indirizzo, recapito telefonico*) e/o a membro/i dello staff da questi designato/i (*indicare nome, cognome, qualifica, indirizzo, recapito telefonico*).

In particolare, Lei potrà ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, chiedere al titolare del trattamento l'accesso a tali dati e l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano, nonché proporre reclamo innanzi all'Autorità garante per la protezione dei dati personali. Potrà inoltre interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la Sua partecipazione allo studio. Tale scelta non pregiudicherà in alcun modo né comporterà conseguenze in relazione alla qualità delle cure cui Lei è sottoposto.

L'esercizio del diritto di revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

## FACSIMILE

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE A STUDI NON INTERVENTISTICI

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome del partecipante in stampatello)

\_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornitemi ai sensi della vigente normativa sulla protezione dei dati e riportate nella allegata "Informativa"

- presta il proprio consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa medesima.

Firma leggibile .....

- presta il proprio consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa. (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati a soggetti terzi)

Firma leggibile .....

- presta il proprio consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa. (nel caso in cui sia prevista anche la diffusione di dati suscettibili di essere diffusi).

Firma leggibile .....

## FACSIMILE

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE, DA PARTE DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ, PER STUDI NON INTERVENTISTICI

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il/La/i sottoscritto/a/i

(Nome e Cognome del padre/tutore in stampatello)

\_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della madre/tutrice in stampatello)

\_\_\_\_\_

In qualità di esercente/i la potestà genitoriale /tutoria sul minore

(Nome e Cognome del minore in stampatello)

\_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornitemi ai sensi della vigente normativa sulla protezione dei dati e riportate nella allegata "Informativa"

- presta/prestano il consenso per la raccolta ed il trattamento dei dati del minore sunnominato, necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma/e leggibile/i .....

- presta/prestano il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa. (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili dell'interessato)

Firma/e leggibile/i .....

- presta/prestano il consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa. (nel caso in cui sia prevista anche la diffusione di dati suscettibili di essere diffusi).

Firma/e leggibile/i .....