|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI PARTECIPANTI AI PROGETTI DI RICERCA** |

Gentile Utente,

il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) ed il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679), riconosce e disciplina il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale. Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali, effettuati dal Titolare del trattamento nell’ambito dello Studio clinico cui intende partecipare.

|  |  |
| --- | --- |
| **Promotore della Sperimentazione** |  |
| **Codice dello Studio** |  |
| **Titolo dello Studio** |  |
| **Titolare del trattamento/Centro di Sperimentazione*****Chi determina le finalità ed i mezzi del trattamento dei Suoi dati personali?*** | Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di di Foggia Viale Luigi Pinto, 1 - 71122 – FoggiaTelefono: 0881732441 direzionegenerale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it |
| **Responsabile della Protezione dei Dati** ***Chi vigila sulla protezione dei Suoi dati personali?*** | Dott.ssa Laura Silvestris Telefono: 0881732127 email: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it |
| **Finalità del Trattamento*****A quale scopo trattiamo i Suoi dati personali?*** | **Base Giuridica del Trattamento*****Quali sono i presupposti di liceità del trattamento dei dati personali?*** |
| Il presente trattamento, avente ad oggetto i Suoi dati personali verrà effettuato, previo suo consenso, per finalità di Ricerca effettuata sulla base di uno Studio, oggetto di motivato parere favorevole del competente Comitato Etico, secondo le modalità previste dalle norme vigenti in materia.  | L’interessato presta liberamente il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per la partecipazione allo Studio (Art. 9.2, lett. a) del Regolamento UE 2016/679)  |
| **Dati Personali trattati*****Quali tipologie di dati sono trattati?*** | **Periodo di Conservazione*****Per quanto tempo sono conservati i suoi dati personali?*** | **Destinatari*****A chi possono essere comunicati i suoi dati personali?*** |
|  Per le finalità dello Studio saranno trattati i suoi dati anagrafici e relativi al suo stato di salute. (nome, cognome, luogo e data di nascita, tessera sanitaria, indirizzo residenza/domicilio, contatti telefonici, dati relativi a diagnosi e terapie).I Suoi dati personali saranno pseudonimizzati ossia trattati in modo che non possano più essere attribuiti a Lei senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive a condizione che tali informazioni aggiuntive siano conservate separatamente e soggette a particolari misure di sicurezza tecniche ed organizzative. Il nostro personale autorizzato La identificherà con un codice al momento del Suo coinvolgimento nello Studio. Inoltre, tale codice sarà conservato in documenti riservati e sarà accessibile solo quando indispensabile ai fini dello Studio e per un periodo di tempo limitato. | I dati personali saranno trattati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità dello Studio e successivamente anonimizzati. | I Suoi dati potranno essere trattati con la collaborazione di soggetti terzi espressamente nominati dal Titolare quali Responsabili o Autorizzati al trattamento dei dati con l’obbligo alla riservatezza. |
| **DIRITTI ESERCITABILI ai sensi degli artt. 15-22 de GDPR*****Quali sono i Suoi diritti e come può esercitarli?*** |
| **Accesso** ai dati personali – art. 15 GDPR | **Rettifica** dei dati personali – art. 16 GDPR |
| Cancellazione dei dati personali – art. 17 GDPR | **Limitazione** del trattamento – art. 18 GDPR |
| **Portabilità** dei dati personali – art. 20 GDPR  | **Opposizione** al trattamento – art. 21 GDPR |
| **Diritto alla comunicazione della violazione** dei dati – art. 34 GDPR | **Diritto al reclamo** all’Autorità Garante – art. 77 GDPR.E’ possibile inoltrare reclami al Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 - Email: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it |
| **Diritto di revocare il consenso** | L’interessato ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca  |
| **Dati di contatto per l’esercizio dei diritti** | A garanzia dell’esercizio dei diritti di cui sopra, Lei può rivolgersi direttamente al Responsabile della Protezione dei dati sopra indicato. |
| **Previsione di processo decisionale automatizzato – Profilazione**  | Non è previsto alcun processo decisionale automatizzato ivi compresa alcuna forma di profilazione dei suoi dati personali |
| **Trasferimento dati verso Paesi Terzi extra UE** | I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi extra europei. |
| **Fonte origine dei dati** (ex art. 14 GDPR) | I dati personali sono stati raccolti in precedenza dal Titolare del trattamento per finalità di cura del partecipante allo Studio. |
| **Conferimento dei dati**  | La partecipazione allo Studio è su base volontaria. In mancanza del suo consenso al trattamento dei dati personali non Le sarà possibile partecipare allo Studio. |

La versione sempre aggiornata di questa informativa è resa disponibile, nell’apposita sezione del sito web istituzionale all’indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/privacy1>.

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**ai sensi dell’art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati **Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****In qualità di** **diretto interessato**esercente la responsabilità genitoriale del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* amministratore di sostegno dell’incapace naturale/rappresentante legale del Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO*** di comprendere e accettare esplicitamente che i miei dati personali saranno trattati per questo Studio nelle modalità descritte in dettaglio nella Informativa al trattamento dei dati personali resa dal Policlinico Riuniti di Foggia, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati;
* di comprendere e accettare esplicitamente che qualsiasi eventuale trattamento transnazionale dei dati al di fuori dell’Europa sarà adeguatamente protetto e sarà eseguito solo in base alle clausole standard di trattamento dati che soddisfino il Regolamento generale sulla protezione dei dati e tutti gli ulteriori requisiti definiti dalle leggi vigenti;
* di comprendere e accettare esplicitamente che se revocherò il mio consenso alla partecipazione allo Studio, non verranno raccolti altri dati personali su di me;
* di comprendere e accettare esplicitamente che anche dopo la revoca del mio consenso, il Terzo legittimato sarà ancora autorizzato a conservare e trattare i miei dati personali pseudonimizzati raccolti prima della mia revoca esclusivamente al fine di soddisfare gli obblighi legali e/o nella misura in cui tali dati siano essenziali per la conduzione di questo studio e il raggiungimento dei suoi obiettivi;
* di comprendere e accettare esplicitamente che per domande riguardanti la riservatezza dei dati di questo Studio posso contattare il Responsabile della protezione dei dati del Policlinico Riuniti di Foggia.

**DICHIARO pertanto di*** dare il mio consenso informato al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli riconducibili alle cd. categorie particolari (dati relativi allo stato di salute), per le finalità e nei modi descritti nella scheda informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [indicare data e ora della consegna];
* dare il mio consenso affinché i risultati delle analisi e di eventuali scoperte inattese che emergano durante le attività di ricerca scientifica siano comunicate a:

□ me medesimo □ familiare (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□ convivente /coniuge / altro (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ medico di famiglia (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)Nome per esteso del Partecipante allo Studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome per esteso dell’Operatore che acquisisce il consenso controfirmato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se il partecipante è incapace di leggere:Ho partecipato all’intera discussione per il consenso informato al trattamento dei dati. Attesto che le informazioni del modulo per il consenso o ogni altra informazione scritta sono state spiegate accuratamente e apparentemente comprese dal partecipante o dal suo legale rappresentante. Il consenso informato è stato concesso liberamente dal partecipante o dal legale rappresentante riconosciuto.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome per esteso Data Ora Firma del testimone imparziale

|  |
| --- |
| NOTA BENEUna copia del presente modulo, firmato e datato, allegato all’“Informativa al trattamento dei dati personali” dovrà essere consegnata al Partecipante allo Studio |

   |

 [leggi il QR Code per accedere subito all’informativa privacy *on-line*]

**Il Titolare del trattamento**

Azienda Ospedaliero Universitaria “Policlinico Riuniti” di Foggia