

Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento EU 2016/679⁽¹⁾

Titolo dello Studio: Stima della prevalenza di soggetti asintomatici affetti da COVID-19 nei residenti nel comune di Verona.

Titolari del trattamento e relative finalità

Il Centro di sperimentazione (*Servizio di Pneumologia – IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar di Valpolicella*) che ha ideato e proposto lo studio che Vi è stato descritto, in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (d.lgs. 211/2003) e in conformità alle leggi e ai regolamenti vigenti in materia di protezione dei dati incluso il Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679, tratterà i dati personali di vostro/a figlio/a, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi alla vostra situazione abitativa e stili di vita, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti, elaborati e conservati dal Centro di sperimentazione.

Il trattamento dei dati personali relativi alla salute ed agli stili di vita di vostro/a figlio/a è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non gli/le consentirà di parteciparvi.

I suoi dati saranno conservati per circa 15 anni dal termine dello studio.

Natura dei dati

Il medico che lo/la seguirà nello studio lo/la identificherà con un codice: i dati che lo/la riguardano raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del suo nominativo, saranno registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, alla Sua data di nascita e al sesso.

Il processo di sostituzione del suo nome con il codice è chiamato “pseudo-anonimizzazione”
Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al suo nominativo.

Modalità del trattamento

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La partecipazione di vostro/a figlio/a allo studio implica che, in conformità alla normativa vigente, il personale che afferisce all'Ospedale e che esegue il monitoraggio e la verifica dello studio, il Comitato Etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che lo/la riguardano, contenuti anche nella sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della sua identità.

Esercizio dei diritti

Potrete esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e dell'Art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 (es. accedere ai dati personali di vostro/a figlio/a, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione (*Dr. Carlo Pomari – e-mail: carlo.pomari@sacrocuore.it*).

Avete inoltre il diritto di presentare un reclamo al Garante Italiano per la protezione dei dati personali e/o notificare al Responsabile della Protezione dei dati (*privacy@sacrocuore.it*) qualsiasi uso dei dati personali di vostro/a figlio/a che ritenete inappropriato.

Potrete interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la partecipazione di

vostro/a figlio/a allo studio: in tal caso, non saranno raccolti ulteriori dati che lo/la riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.

Consenso

Sottoscrivendo tale modulo acconsentiamo al trattamento dei dati personali di nostro/a figlio/a per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Inoltre,

- Acconsentiamo
- Non acconsentiamo

Al rilascio dei nostri recapiti personali per un eventuale futuro contatto in caso di ulteriori sviluppi dello studio a cui partecipa nostro/a figlio/a.

Nome e Cognome della madre (*in stampatello*) _____

Firma della madre _____

Data _____

Nome e Cognome del padre (*in stampatello*) _____

Firma del padre _____

Data _____