

**INFORMATIVA PRIVACY –RICERCA SCIENTIFICA – SPERIMENTAZIONI CLINICHE INTERNE**

*Gentile utente, questa informativa è integrativa rispetto a quella già fornita al momento del suo primo accesso presso la nostra ASST di Lodi, e nello specifico è rivolto all'utilizzo dei suoi dati personali e/o campioni biologici per perseguire degli obiettivi nell'ambito della ricerca scientifica. Pertanto, la Sua adesione all'accordo che le proporremo sarà utile per gli obiettivi di ricerca nell'avanzamento delle conoscenze in campo scientifico. Con questo documento ASST di Lodi Le fornisce le informazioni previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento(UE) 2016/679.*

TITOLO E CODICE DELLO STUDIO \_\_\_\_\_

UO/UOC/STRUTTURA/SERVIZIO PRESSO CUI VIENE CONDOTTO LO STUDIO \_\_\_\_\_

MEDICO RESPONSABILE DELLA SPERIMENTAZIONE \_\_\_\_\_

PROMOTORE \_\_\_\_\_

**1. QUALI DATI RACCOGLIAMO?**

Per le finalità di cui al seguente punto 2., i dati raccolti sono: dati anagrafici, dati di natura personale appartenenti a categorie particolari quali:

- Dati relativi alla salute, inclusi i dati genetici ( previo consenso con apposito modulo)
- Dati biometrici, ossia immagini ricavate dalle tecniche diagnostiche ( ad esempio: TAC, Risonanze Magnetiche, Ecografia, Coronografia ecc)
- Se strettamente necessario alle finalità di ricerca, il trattamento può avere ad oggetto le immagini dell'interessato ( fotografie, riprese- video, riprese audio-video) il cui trattamento avverrà nel rispetto delle disposizioni di legge, garantendo in tutti i casi in cui sia possibile l'anonimato dell'interessato tramite l'oscuramento dei tratti somatici.

**2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?**

L'ASST utilizzerà i Suoi dati per le seguenti finalità:

- Attuazione del Progetto di Ricerca Scientifica, tramite le modalità descritte dalla relativa informativa.
- Ulteriori contatti futuri in occasione di nuovi bersagli terapeutici, nuove tecniche di intervento e nuovi farmaci; conservazione e utilizzo per ulteriori ricerche scientifiche sul medesimo progetto e pubblicazioni/studi successivi/futuri al fine di ottenere un miglior trattamento/cura, per successivi iter diagnostici quando attualmente non esistono ancora cure, ma potrebbero essere scoperte in futuro.
- Ottemperanza ad obblighi normativi o regolamentari prescritti da Autorità Sanitarie e Giudiziarie, compresa la raccolta di dati aggregati di interesse statistico-sanitario

**3. SULLA BASE DI QUALE FONDAMENTO GIURIDICO?**

- Attraverso il consenso, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

Il conferimento dei Suoi dati per finalità di ricerca è indispensabile per lo svolgimento del Progetto. Il mancato conferimento determina l'impossibilità di partecipare al Progetto e da ciò potrebbe derivare la perdita dell'opportunità relativa all'effetto della cura.

**4. COME VENIAMO A CONOSCENZA DEI SUOI DATI PERSONALI?**

I Suoi dati potranno essere acquisiti da Lei oppure da altri operatori sanitari che ne abbiano titolo, o da un Suo congiunto se previsto, o da banche dati aziendali.

I Suoi dati non verranno utilizzati per attività di profilazione, né in base agli stessi verranno prese decisioni in maniera automatica.

**5. A CHI E' POSSIBILE COMUNICARE I SUOI DATI?**

I Suoi dati saranno resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. a:

- Operatori interni (in qualità di "Autorizzati")
- Soggetto Promotore



I dati potranno essere comunicati, nel rispetto dei principi di riservatezza, alle Autorità competenti italiane e straniere, al Medico Curante, al Comitato etico a cui afferisce l'ASST di Lodi, a Regione Lombardia ed agli altri enti del SSR e SSN e a tutti i soggetti che per legge potranno esaminare la documentazione sanitaria dell'Interessato raccolta nel corso dello studio. I dati relativi allo stato di salute, i dati genetici, i dati biometrici non possono essere diffusi se non in forma rigorosamente anonima e aggregata attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici.

Per raggiungere le finalità dello studio, i dati potrebbero essere diffusi e trasferiti in Paesi extra SEE che non garantiscono una tutela dei dati parificabile alla nostra; pertanto saranno contraddistinti esclusivamente da un codice numerico e trasferiti solo su Suo consenso.

L'invio della documentazione relativa alla ricerca avverrà soltanto per ottemperare ai relativi obblighi e nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati.

#### 6. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali possono essere sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.

Fatto salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per il tempo previsto dal vigente Titolario e Massimario di scarto di Regione Lombardia e fino al raggiungimento delle finalità del Progetto e nel rispetto del tempo necessario alla gestione di possibili ricorsi/contestazioni.

#### 7. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

L'Interessato partecipante allo studio, può esercitare i diritti a lui riconosciuti ai sensi degli artt. 15-21 del Regolamento (UE) 2016/679, tra cui il diritto di chiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano, l'opposizione al trattamento e la portabilità dei dati, nei limiti degli obblighi di legge riguardanti la conservazione dei dati e della necessità di tutela in caso di contenzioso giudiziario. Ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante o di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per maggiori informazioni o per esercitare i diritti sopra espressi, può contattare:

**Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, P.zza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; protocollo@pec.asst-lodi.it

**Responsabile della Protezione dei Dati personali/DPO:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, V.le Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371376419; dpo@asst-lodi.it

Titolare per il Promotore.....

DPO del Promotore.....



## MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI RICERCA SCIENTIFICA – SPERIMENTAZIONI CLINICHE INTERNE

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ASST di Lodi, io sottoscritto/a

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- ACCONSENTO al trattamento dei dati con riferimento alle finalità in oggetto e descritte dall'informativa
- ACCONSENTO al trasferimento in paesi extra UE
- NON ACCONSENTO al trattamento dei dati con riferimento alle finalità in oggetto e descritte dall'informativa
- NON ACCONSENTO al trasferimento in paesi extra UE
- ACCONSENTO alla comunicazione dei dati ai soggetti di cui al punto 5 dell'Informativa Privacy
- NON ACCONSENTO alla comunicazione dei dati ai soggetti di cui al punto 5 dell'Informativa Privacy

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

### → ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORE

Il/la Paziente \_\_\_\_\_ nat/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ è un/a **minore**;  
pertanto, il consenso è espresso da Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
n qualità di: →  genitori  altro..... (specificare e allegare Modulo di autocertificazione)

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto del minore.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

### → ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da  
a) Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

#### OPPURE

b) Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiaro che all'atto del ricovero (data ---/---/-----), il/la paziente \_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso e non è accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art. 82 c. 2 Codice privacy).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_

\*Informazioni soggette a maggior tutela: aver subito violenza sessuale/ aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale; essere affetti da HIV; essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche; essersi sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza; aver deciso di partorire in anonimato; aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

### → VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ si prende atto della richiesta di revoca del consenso al trattamento dei dati personali, consapevole/i che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Firma del :  interessata/o  genitore/i  amministratore di sostegno

Firma di chi revoca il consenso \_\_\_\_\_

