

INFORMATIVA PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE CON COMORBILITA' CARDIORESPIRATORIA FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DELLA MORBILITA' E AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

ENTE PROMOTORE: Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova

Iniziali del paziente: \_\_\_\_\_

Numero del paziente: \_\_\_\_\_

**1) Titolare del trattamento e relative finalità**

Il Centro di sperimentazione (*indicare il nome del centro*) \_\_\_\_\_ e l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, che ha commissionato lo studio che Le è stato descritto, ciascuno per gli ambiti di propria competenza e in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (d.l. 211/2003), tratteranno i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio e a fini di farmacovigilanza.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi all'Azienda Ospedaliera Carlo Poma e alle persone o società esterne che agiscono per loro conto, tra le quali la CRO dello Studio (AIPO Ricerche Srl).

**2) Natura dei dati**

Il medico che La seguirà nello studio La identificherà con un codice: i dati che La riguardano raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del Suo nominativo, saranno trasmessi ad AIPO, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

**3) Modalità di 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 Sua partecipazione allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali, AIPO o le società esterne che eseguono per conto della prima il monitoraggio e la verifica dello studio, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che La riguardano, contenuti anche nella Sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della Sua identità.

**4) Esercizio dei diritti**

Potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del Codice Privacy (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al

centro di sperimentazione (*indicare il nome di una persona fisica o di un ufficio responsabile e un recapito*)  
o, per il suo tramite, all'Azienda Ospedaliera Carlo Poma.

Potrà interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la Sua partecipazione allo studio: in tal caso, i campioni biologici a Lei correlati verranno distrutti. Non saranno inoltre raccolti ulteriori dati che La riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.

#### MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritta .....  
nato/a ....., il .....  
e residente in .....  
via/piazza .....

dichiara

- di aver preso visione dell'informativa scritta ricevuta e di aver compreso le sia le informazioni in essa contenute;
- di essere stato posto/a a conoscenza dei diritti esercitabili ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (c.d. Codice Privacy)

e acconsente

ai sensi degli articoli 23 e 90 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (c.d. Codice Privacy), nonché ai sensi della autorizzazione n. 2/2008 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale emanata dal Garante per la Protezione dei dati personali,

al trattamento dei propri dati personali e sanitari – necessario allo svolgimento dello studio illustrato nel "Foglio Informativo per il Paziente" – che avverrà unicamente per le finalità, nelle forme e nei modi specificamente descritti ai punti 1, 2, 3 dell'informativa sopra riportata.

Data ...../...../.....

Firma dell'interessato.....