

**Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 [14] del
Reg. (UE) 2016/679 c.d. GDPR**

**Richiedenti e titolari di protezione internazionale e minori stranieri non
accompagnati accolti a Reggio Emilia dal 2021 al 2024: indagine conoscitiva sullo
stato di salute all'arrivo nel territorio.**

Titolari del trattamento e relative finalità

Il Centro di sperimentazione l'Azienda U.S.L. – IRCCS di Reggio Emilia con sede Legale in via Amendola n. 2 – 42122 Reggio Emilia (Centro per la Salute della Famiglia Straniera, Dipartimento di Cure Primarie AUSL Reggio-Emilia Centro partecipante) e il Promotore (Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia con sede legale in via Università 4 – 41121 Modena) che ha proposto lo studio che Le è stato descritto, ciascuno per gli ambiti di propria competenza e in accordo alle responsabilità previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 146/2019), tratteranno i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e altri dati relativi alla Sua origine, alla Sua anagrafica, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio ed esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Lo studio ha come obiettivo quello di conoscere lo stato di salute dei rifugiati e richiedenti protezione internazionale (RTPI) e minori stranieri non accompagnati (MSNA) di recente arrivo sul territorio provinciale e afferenti al Centro per la Salute della Famiglia Straniera dell'AUSL di Reggio Emilia, in particolare relativamente alle principali malattie infettive ed altre problematiche sanitarie registrate durante la prima visita e tramite esami ematici di screening.

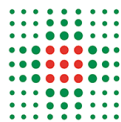
I dati personali che fornirà per le finalità che Le sono state descritte verranno trattati sulla base del Suo espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi al Promotore.

Il trattamento dei dati personali suddetti è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di parteciparvi.

Natura dei dati

I Suoi dati personali saranno sottoposti a pseudonimizzazione: il trattamento dei dati personali avverrà in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive. Queste informazioni aggiuntive saranno conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile. Il medico che La seguirà nello studio La identificherà, quindi, con un codice e i dati che La riguardano, raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del Suo nominativo, saranno trasmessi



al Promotore, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, e ai Suoi dati personali come sopra specificati. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

Modalità del trattamento

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici o automatizzati, 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, il personale del Promotore 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.

Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati **Dott.ssa Francesca Bonvicini tel +39 347 244 3147 email francesca.bonvicini@ausl.re.it**

Le ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei Suoi diritti in materia di protezione dei dati personali, potrà presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali (protocollo@pec.gdpd.it) e che i Suoi dati verranno conservati esclusivamente per il tempo necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati.

La durata dello studio è stimata in **mesi 20**.

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore per **5 anni** dopo il completamento della sperimentazione.

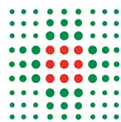
Potrete contattare il Data Protection Officer per l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia al seguente indirizzo email: dpo@unimore.it

Potete contattare il Data Protection Officer per L'Azienda U.S.L. – IRCCS di Reggio Emilia al seguente indirizzo email: dpo@aou.re.it.

Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

In caso di revoca del consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), o all'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), Lei ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che La riguardano senza ingiustificato ritardo e il Titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, fatta salva l'esistenza di un obbligo legale che imponga di non procedere alla cancellazione.

Consenso



Sottoscrivendo tale modulo acconsento • _____ non acconsento • _____ al trattamento dei miei dati personali e al loro trasferimento al di fuori dell'Unione europea per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato/a (in stampatello) _____

Firma dell'interessato/a _____

Data _____

Ove applicabile

Io, sottoscritto/a, _____ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al paziente sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, _____ ha acconsentito • _____ non acconsentito • verbalmente al trattamento dei propri dati personali per le finalità descritte nel presente documento.

Nome e Cognome del testimone imparziale _____

Data _____

Firma del testimone imparziale _____