



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Maria Nuova

Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Dipartimento Chirurgie Generali e Specialistiche

Immunologia Oculare

Il Responsabile Prof. Luca Cimino

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

Analisi descrittive, determinanti prognostici, fattori predittivi e modelli di risposta clinica nelle infiammazioni oculari: studio di coorte ospedaliera

Titolari del trattamento e relative finalità

L' Azienda U.S.L. – IRCCS di Reggio Emilia, con sede legale in Via Amendola n. 2, 42124 Reggio Emilia, che ha proposto lo studio che Vi è stato descritto, 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 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.

Lo studio ha come obiettivo quello di identificare i determinanti prognostici e dei fattori predittivi che influenzano l'evoluzione clinica delle infiammazioni oculari e delle sindromi masquerade.

I dati personali di Vostro/a figlio/a che fornirete per le finalità che Vi sono state su descritte verranno trattati sulla base del Vostro espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

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

Natura dei dati

I dati personali di Vostro/a figlio/a 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 seguirà Vostro/a figlio/a nello studio lo/a identificherà, quindi, con un codice e i dati che lo/a riguardano, raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del suo nominativo, saranno, 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 nominativo di Vostro/a figlio/a.

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 partecipazione di Vostro/a figlio/a 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 riguardano Vostro/a figlio/a, contenuti anche nella documentazione clinica originale di Vostro/a figlio/a, con modalità tali da garantire la riservatezza dell'identità di Vostro/a figlio/a.

Esercizio dei diritti

Potrete esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai dati personali di Vostro/a figlio/a, integrarli, aggiornarli, rettificarli, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati (Dott.Luca Cimino, luca.cimino@ausl.re.it).

Vi ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei diritti di Vostro/a figlio/a in materia di protezione dei dati personali, potrete presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali (protocollo@pec.gpdp.it) e che i dati di Vostro/a figlio/a 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 fino a fine 2035.

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore per 7 anni dopo il completamento della sperimentazione.

Potrete contattare il Data Protection Officer per l'A.U.S.L. di Reggio Emilia al seguente indirizzo email: dpo@ausl.re.it.

Voi avete il diritto di revocare il vostro 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), Voi avete diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che riguardano Vostro/a figlio/a 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 acconsentiamo ☐ non acconsentiamo ☐ al trattamento dei dati personali di nostro figlio/a per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello) _____

Firma dell'interessato (se applicabile) _____

Data _____

Nome e Cognome del genitore del paziente (in stampatello) _____

Firma del genitore del paziente _____

Data _____

Nome e Cognome del genitore del paziente (in stampatello) _____

Firma del genitore del paziente _____

Data _____

Nome e Cognome della persona che raccoglie il consenso informato (in stampatello)

Firma della persona che raccoglie il consenso informato _____

Data _____

Ove applicabile

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

Nome e Cognome del testimone imparziale _____

Data _____

Firma del testimone imparziale _____