**Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali**

*DATA E N° VERSIONE DEL DOCUMENTO (inserire)*

**FARMACO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Indicare il nome della specialità medicinale l’indicazione terapeutica (eventuale Codice EAP/CUP)*

Signora/e |\_\_|\_\_|, *(inserire iniziali del soggetto* ***ed eventuale codice fornito dalla ditta*** *e personalizzare la scheda)*

**Titolari del trattamento e relative finalità**

La struttura Sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare la Struttura sanitaria),* ed il Centro clinico Unità Operativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica, e la ***Ditta che fornirà il farmaco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (*indicare la Ditta distributrice/produttrice))*tratteranno i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo della procedura, nel pieno rispetto della normativa vigente sulla tutela dei dati personali (GDPR 679/2016; D.Lgs. 196/2003 come modificato con D.Lgs 101/2018). A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro clinico e condivisi in forma codificata con la Ditta produttrice del farmaco ad uso terapeutico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dal CET.

Il Responsabile della protezione dei dati personali per l’Azienda sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede del Centro clinico può essere contattato al seguente indirizzo e-mail: DPO@...............

Il trattamento dei dati personali relativi alla sua salute, età, sesso sono indispensabile allo svolgimento della procedura proposta: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di parteciparvi.

**Natura dei dati**

Il Medico responsabile della procedura La identificherà con un codice: i dati che La riguardano raccolti nel corso procedura, ad eccezione del Suo nominativo, saranno registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, al Suo stato di salute, alla Sua data di nascita, al sesso. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati per legge potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

**Modalità del trattamento**

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, saranno condivisi solo in forma rigorosamente anonima, e potrebbero essere diffusi anche attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici.

**Esercizio dei diritti**

Potrà esercitare i diritti secondo la normativa vigente in materia sulla tutela dei dati personali e sensibili (GDPR 679/2016; D.Lgs. 196/2003 come modificato con D.Lgs 101/2018) ad esempio accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc. rivolgendosi direttamente al medico che la segue Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reperibile al numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potrà rivolgersi anche al Responsabile della protezione dei dati personali per l’Azienda sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede del Centro clinico può essere contattato al seguente indirizzo e-mail: DPO@...............

Lei inoltre ha il diritto di presentare un reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it); e-mail [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) ; 06.696771)

Potrà interrompere la Sua partecipazione alla procedura in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione. Non saranno inoltre raccolti ulteriori dati che La riguardano.

**Consenso**  
Sottoscrivendo tale modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali per gli scopi della procedura di Uso Terapeutico del Farmaco\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

 Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/ Tutore/Rappresentante Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_