



www.asl.pe.it

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER
FINALITÀ DI TRATTAMENTO SANITARIO
ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

**ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO DELLA UOC IMMUNOEMATOLOGIA, MEDICINA
TRASFUSIONALE E AMBULATORI DI EMATOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DI
BIOLOGIA MOLECOLARE – DATI GENETICI***

Gentile assistito,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all' articolo 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>.

La preghiamo di considerare che la presente informativa privacy si riferisce espressamente al trattamento dei suoi dati personali sensibili e genetici che trattiamo nell'ambito dei test genetici da Lei richiesti.

La informiamo, altresì, che il trattamento dei dati personali e genetici forniti si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali, ai sensi del Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 146 del 05.06.2019, con il quale sono state individuate le prescrizioni contenute nelle Autorizzazioni Generali n. 8 del 15.12.2016 (trattamento dei dati genetici) che risultano compatibili con il Regolamento UE 2016/679 e con il d.lgs. 196/2003, come modificato e adeguato dal d.lgs. 101/2018. In particolare, vengono trattati i dati relativi alla Sua salute e, soltanto nella misura in cui siano indispensabili, altri dati relativi alla Sua origine razziale, agli stili di vita e alla vita sessuale, ecc.

1 ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara con sede in, Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara – email: segreteria_dg@asl.pe.it , PEC: protocollo.aslpe@pec.it

2 DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL di Pescara, Via Battaglione Alpini, 1 – 65017 Penne (PE). email: dpo@asl.pe.it , PEC: dpo.aslpe@pec.it .

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dal [...] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I trattamenti dei Suoi dati personali (comprensivi di quelli appartenenti a categorie particolari di dati, ad esempio, quelli riguardanti lo stato di salute), da Lei liberamente forniti o acquisiti in occasione della richiesta o dell'esecuzione dei test genetici ed i relativi referti saranno da noi trattati unicamente per le seguenti finalità di trattamento:

- I suoi dati genetici, e/o il materiale biologico prelevato, verranno trattati esclusivamente per finalità di tutela della salute, con particolare riferimento alla prevenzione, diagnosi e cura delle patologie di natura genetica da cui possa essere affetto, per lo svolgimento dei compiti istituzionali previsti dalle disposizioni di legge.

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso e dai seguenti articoli del Regolamento:

- art.6.1, lettera e) - trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento
- art.6.1, lettera c) – trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.

- art.9.2, lettera g) - rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.
- art.9.2, lettera h) - finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3.
- art.9.2, lettera i) - per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

I dati sensibili e genetici da Lei fornitici o da noi prodotti all'esito delle prestazioni diagnostiche o sanitarie da Lei richieste, saranno da noi trattati al fine esclusivo di poterLe fornire tali prestazioni, comunque previa acquisizione del Suo consenso al trattamento (art. 9, co. 2, let. a) del Regolamento), per finalità di diagnosi assistenza o terapia sanitaria (art. 9, co. 2, let. h) del Regolamento). Tali dati sensibili includono i dati relativi al Suo stato di salute ed i Suoi dati genetici (inclusi i dati contenuti nei referti ed i campioni biologici); per alcuni test genetici possono, inoltre, includere dati che rivelano la Sua origine razziale, il cui trattamento è necessario ai fini dell'esecuzione del test. Le chiederemo il Suo consenso al trattamento in occasione di ciascuna richiesta di esecuzione di un test genetico. Il trattamento dei Suoi dati personali, inclusi i dati sensibili e genetici, potrà essere effettuato solo previo rilascio di Suo specifico consenso.

Pertanto si prega di leggere il consenso allegato alla informativa che segue ove sono riportate le finalità di trattamento per le quali è richiesto il consenso.

4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati genetici non saranno diffusi, nel rispetto dei divieti previsti dalla normativa vigente, ma potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra indicate, al personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali", con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento

Potrà avere accesso ai Suoi dati personali sensibili e genetici esclusivamente il personale incaricato dell'esecuzione e della refertazione dei test genetici da Lei richiesti.

I Suoi dati genetici potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- Ai Responsabili del trattamento espressamente nominati ex art 28 GDPR:
- Grifols Italia Spa con sede legale in Via Torino 15, 56010 Vicopisano (PI), P.I. n 10852890150 quale Responsabile del Trattamento dei dati personali trattati per conto della Asl di Pescara per gli obblighi derivanti dal contratto di cui alla delibera n 1104 del 18/10/2018.
- Immucor Italia S.P.A. con sede legale in Via Ettore Bugatti 12 – 20142 (MI), P.I. n 09412650153 quale Responsabile del Trattamento dei dati personali trattati per conto della Asl di Pescara per gli obblighi derivanti dal contratto di cui alla delibera n 858/2020.
- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- ad altri soggetti pubblici o privati che per legge, finalità istituzionali, regolamento, normativa comunitaria hanno diritto od obbligo di conoscerli
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge

Gli esiti dei test genetici possono apportare un beneficio a componenti della Sua famiglia sia per terapia e sia per prevenzione. In tal caso i dati genetici che La riguardano possono essere comunicati ai Suoi familiari (consanguinei). Ciò avverrà solo su richiesta da parte dei familiari e a seguito di Suo specifico consenso.

Per effetto del test genetico potrebbero emergere alcune notizie inattese. In tal caso potrà scegliere se conoscere o meno i risultati dei test, come specificato nella scheda informativa per l'esecuzione del test genetico. Se Lei non acconsente a conoscere eventuali notizie inattese, La possibilità di effettuare il test e di conoscere il risultato non sarà in alcun modo pregiudicata; tuttavia, le eventuali notizie inattese non saranno incluse nel Suo referto

La Asl di Pescara non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi.

5 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento, con riferimento agli specifici articoli dello stesso:

- Accesso (art. 15)
- Rettifica (art. 16)
- Cancellazione (oblio) (art. 17): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18)
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Il modello per richiedere l'esercizio dei diritti sui Suoi dati personali è scaricabile al seguente link:

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>

6 DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO

Per i trattamenti per i quali è prevista la base giuridica del consenso (artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento) in allegato alla presente informativa, Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

7 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante dei dati personali con sede in Piazza Venezia, n. 11, CAP 00187 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

8 EVENTUALE FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato)

.....
.....

9 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

I Suoi dati saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

La conservazione dei dati è prevista sia in forma cartacea sia digitale. Fermo restando gli obblighi di conservazione, a norma di legge, degli atti e documenti che contengono dati genetici, nonché dei materiali biologici, i campioni e i dati sono conservati per il periodo di tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o successivamente utilizzati. In tale successivo utilizzo è compreso anche un ampliamento dell'indagine diagnostica alla luce di nuove esigenze/ricieste e futuri nuovi strumenti e conoscenze, sempre che Lei non si sia opposto, in sede di rilascio del consenso, all'utilizzo dei dati e dei campioni per questi ulteriori scopi.

La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata con Deliberazione della ASL n. 324 del 16 Marzo 2015 rinvenibile al seguente link [https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20\(1\).pdf](https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20(1).pdf)

10 CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, sesso, codice fiscale, tessera sanitaria, data di nascita, Indirizzo domicilio/recapito/residenza, recapiti telefonici, email)
- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (Dati genetici associati al campione biologico raccolto a scopo diagnostico, Dati relativi alla salute dell'interessato, Dati sull'origine raziale)

11 MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9 del Regolamento), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

12 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati personali ed il consenso al loro trattamento ai fini dell'esecuzione del test non sono obbligatori ma sono necessari per poter ottenere il test genetico richiesto. L'eventuale rifiuto da parte Sua di conferire i dati personali o di prestare il Suo consenso al trattamento ai fini dell'esecuzione del test comporta l'impossibilità di ottenere il test genetico richiesto.

In caso di revoca del consenso al trattamento, i dati e i campioni non sono più utilizzabili per le finalità di cura della Sua salute, ma verranno conservati per le altre finalità sopra indicate, oltre che per esigenze di conservazione, a norma

di legge, degli atti o documenti che contengono i dati stessi. Lei ha diritto ad opporsi al trattamento dei dati genetici per motivi legittimi.

Il consenso a conoscere o meno i risultati del test è facoltativo. Se Lei non acconsente a conoscere il risultato del test, la possibilità di effettuare il test e di conoscere il risultato non sarà in alcun modo pregiudicata.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione “privacy” del sito istituzionale della Asl di Pescara, alla pagina web

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>



www.asl.pe.it

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

rilasciato per le attività di trattamento relative a

“PRESTAZIONI EROGATE DALLA UOC IMMUNOEMATOLOGIA, MEDICINA TRASFUSIONALE E AMBULATORI DI EMATOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DI BIOLOGIA MOLECOLARE – DATI GENETICI ”

ai sensi dell'art. 7 Regolamento UE 679/2016

Basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____;

residente a _____ in Via _____ C.F. _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili, inclusi quelli idonei a rilevare lo stato di salute, i campioni biologici ed i dati personali genetici, presta il Suo consenso per il trattamento dei detti dati nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, compiti e finalità indicate nell'informativa, al fine di poter effettuare il test genetico richiesto.

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'informativa di cui il presente modello rappresenta una integrazione;
- Di essere consapevole che il consenso prestato potrà restare valido, fino ad eventuale revoca, anche per tutti gli eventuali accessi presso la UOC IMMUNOEMATOLOGIA, MEDICINA TRASFUSIONALE E AMBULATORI DI EMATOLOGIA di Pescara

In caso di analisi citogenetica

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Ad essere contattato dal personale sanitario della UOC per una eventuale consulenza genetica.

In caso di analisi genetica molecolare per la patologia sotto indicata o in attesa di diagnosi

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'esecuzione dell'esame genetico su **DNA** / **RNA** per

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'attività di ricerca medico-scientifica/statistica direttamente collegata all'indagine genetica in atto

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

A rendere partecipi i familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei risultati delle indagini qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi, una scelta riproduttiva consapevole o fosse giustificato da interventi di natura preventiva o terapeutica, e qualora i medesimi ne facciano richiesta.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Al trasferimento del campione biologico e al trattamento dei dati sensibili/genetici presso altre strutture esterne per conto della ASL di Pescara in caso di approfondimento diagnostico e di essere informato sui risultati ottenuti qualora rappresentino un beneficio concreto. Nome struttura esterna:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

A che il materiale biologico sia conservato per lunghi periodi per l'eventuale ampliamento dell'indagine diagnostica alla luce di nuove esigenze/richieste e futuri nuovi strumenti e conoscenze e che i materiali biologici e i referti risultanti possano essere utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni della **UOC IMMUNOEMATOLOGIA, MEDICINA TRASFUSIONALE E AMBULATORI DI EMATOLOGIA PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DI BIOLOGIA MOLECOLARE, GARANTENDO L'ANONIMATO DEL PAZIENTE.**

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

A volere essere ricontattato personalmente al seguente recapito telefonico n. _____ solo per finalità organizzative (es. convocazioni, prenotazioni ecc)

Con la firma del presente Modello dichiaro esplicitamente di avere letto e compreso la **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di esprimere il mio libero, esplicito e inequivocabile consenso al trattamento per le specifiche finalità indicate nell'informativa, legate al trattamento dei dati sensibili, inclusi quelli idonei a rilevare lo stato di salute, i campioni biologici ed i dati personali genetici.

Data ____/____/____ ora ____:_____

Firma (leggibile) dell'Interessato: _____

Documento _____ di riconoscimento _____ tipo _____ n. _____
rilasciato da _____

Data ____/____/____

ovvero

Data _____ Firma _____ Doc. n _____
(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra

.....
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....
n° documento identità rilasciato da

il..... C.F.....

- Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- Convivente
- Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Data

Firma del dichiarante

Alla consegna del presente Modello di consenso, debitamente compilato, presentarsi muniti di documento d'identità in corso di validità o con delega e documento anche del delegante.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data ____ / ____ / ____

Inserita nel database /archivio cartaceo gestione consensi:

Firma Operatore: _____ Data ____ / ____ / ____

Note: _____