

Informativa sul trattamento dei dati personali

1512 - Attività di somministrazione farmaci salvavita

ai sensi del Regolamento EU 2016/679 redatta il 18/07/2024

Il presente documento ha lo scopo di informare l'interessato su come vengono utilizzati i dati che lo riguardano nell'ambito della seguente o delle seguenti attività di trattamento:

Trattamenti

Attività di somministrazione farmaci salvavita
--

Ai sensi dell'articolo 13 del regolamento EU 2016/679 si informa l'interessato che i suoi dati saranno trattati dal Titolare del trattamento definito nella sezione **Soggetti**, il quale tratta i dati per le finalità menzionate nella sezione **Finalità**, per un determinato periodo di tempo definito nella sezione **Periodo di conservazione** e potrebbero essere comunicati a soggetti definiti nella sezione **Comunicazione**.

Si informa altresì l'interessato che può esercitare diversi diritti con riferimento ai suoi dati personali, un'elencazione dei diritti è fornita in calce alla presente informativa nella sezione **Diritti dell'interessato**. I diritti dell'interessato possono essere esercitati in qualsiasi momento contattando il Responsabile della protezione dei dati (RPD) o in sua assenza il Titolare.



Finalità del trattamento

Perché vengono trattati i miei dati?

Diagnosi e cura, con trattamento di dati genetici



Basi giuridiche che legittimano il trattamento

Quale base giuridica legittima il trattamento dei miei dati?

- Articolo 6 a) Reg. UE 679/2016 – L'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità
- Articolo 9 a) Reg. UE 679/2016 – L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche



Tipologie di dati trattati

Quali dati vengono trattati?

Categoria	Tipo
Personali	Identificativi
	telefono
	nome
	cognome
	Codice fiscale
	Tessera sanitaria
	Indirizzo
	Dati identificativi dei documenti
particolari-Sensibili	Salute
	Genetici
	Stato di salute - patologie attuali
	Stato di salute - patologie pregresse
	Stato di salute - terapie in corso



Titolare

Chi è il titolare del trattamento dei dati?

Denominazione	Dettagli di contatto
Azienda Sanitaria Locale 3 Pescara	Numero di telefono: 085 425 3001 Indirizzo email: segreteria_dg@asl.pe.it Indirizzo: Via Renato Paolini 47 Pescara Sito web: www.asl.pe.it
Vertex Pharmaceuticals Italy S.R.L.	Indirizzo: Piazza San Silvestro 8 00187 Roma



Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Chi è il responsabile della protezione dei dati?



AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 PESCARA

VIA RENATO PAOLINI 47
PESCARA

C.F.- P.IVA 01397530682

T. 085 425 3001

F.

W. WWW.ASL.PE.IT

SEGRETERIA_DG@ASL.PE.IT

Denominazione	Dettagli di contatto
DPO	Telefono: 085 8276332 Indirizzo email: dpo@asl.pe.it Indirizzo: Via Battaglione Alpini, 1 - 65017 Penne
DPO VERTEX ITALIA SRL	dsb-vertex@holzhofer-consulting.de



Diffusione e comunicazione dei dati

I dati vengono diffusi o comunicati a soggetti terzi?

Non viene effettuata la diffusione dei dati

Categorie di destinatari	Posizione geografica	Legittimazione in caso di trasferimento extra-UE	Note sui trasferimenti o comunicazioni
VERTEX PHARMACEUTICALS (EUROPE) LIMITED	Extra-UE	USA – Stati Uniti d’America C-2023/4745 UK - Regno Unito C-2021/4800 Utilizzo di clausole tipo di protezione dei dati, adottate dalla Commissione Europea	



Comunicazione necessaria per la conclusione del contratto

I miei dati sono comunicati per la conclusione di un contratto?

La comunicazione dei dati personali come specificati in questa informativa è un requisito necessario per la conclusione di un contratto



Possibili conseguenze in conseguenza del mancato conferimento

Quali conseguenze possono esserci in caso di mancato conferimento dei dati?

Per il presente trattamento il conferimento dei dati è indispensabile per potere erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile la somministrazione del farmaco.

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>



Periodo di conservazione dei dati

Per quanto tempo verranno conservati i miei dati?

- I campioni verranno conservati per 10 anni presso la sala di criobiologia della UOSD Ist. dei tessuti e bio-banche seguendo le procedure già in essere per le cellule staminali (vapori di azoto)



Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto a chiedere al Responsabile della protezione dei dati o al Titolare:

- **Accesso**

L'interessato ha il diritto di ottenere l'accesso ai dati che lo riguardano, ad esempio per ottenere la conferma dell'esistenza o meno di tali dati, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

- **Portabilità**

L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti.

- **Rettifica**

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.

- **Limitazione**

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando viene contestata l'esattezza dei dati personali (per il periodo necessario a verificare l'esattezza), quando il trattamento dei dati è illecito e l'interessato chiede che ne sia limitato l'utilizzo, quando i dati sono necessari in sede giudiziaria nel caso in cui il titolare non ne abbia più bisogno, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare quando l'interessato si è opposto al trattamento.



AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 PESCARA

VIA RENATO PAOLINI 47
PESCARA

C.F.- P.IVA 01397530682

T. 085 425 3001

F.

W. WWW.ASL.PE.IT

SEGRETERIA_DG@ASL.PE.IT

- **Opposizione**

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) (per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico) o f) (per il perseguimento del legittimo interesse del titolare o di terzi, compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni)

- **Revoca del consenso**

L'interessato ha diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

- **Proporre un reclamo ad un'autorità di controllo**

L'interessato può altresì ritirare il consenso espresso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Per esercitare i sopracitati diritti l'interessato può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati o al Titolare. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, scrivendo a protocollo@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it.



AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 PESCARA

VIA RENATO PAOLINI 47
PESCARA

C.F.- P.IVA 01397530682

T. 085 425 3001

F.

W. WWW.ASL.PE.IT

SEGRETERIA_DG@ASL.PE.IT

 www.asl.pe.it	REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA
	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI rilasciato per le attività di trattamento relative ad attività di trattamento per per la somministrazione farmacologica presso la UOC Ematologia Clinica 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 (flaggare la voce corretta)

- diretto interessato
esercente
 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, 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 la somministrazione del farmaco "Exagamglogene autotemcel"

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'informativa di cui il presente modello rappresenta una integrazione e consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari, per la somministrazione del farmaco nei limiti e con le modalità ivi indicate nell'informativa fornitami con il presente documento ed alla comunicazione dei miei dati personali, anche particolari, anche Vertex Pharmaceuticals Italy S.R.L.– autonomo titolare del trattamento.

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO
 REVOCO

AUTORIZZA

Il trasferimento dei miei dati personali e sensibili verso Paesi Terzi che non offrono garanzie ritenute adeguate ai fini della tutela dei diritti e delle libertà degli arruolati. La mancata autorizzazione precluderà la somministrazione del farmaco.

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO
 REVOCO



AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 PESCARA

VIA RENATO PAOLINI 47
PESCARA

C.F.- P.IVA 01397530682

T. 085 425 3001

F.

W. WWW.ASL.PE.IT

SEGRETERIA_DG@ASL.PE.IT

AUTORIZZA

che i sanitari forniscano le informazioni relative al mio/suo stato di salute a _____

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO
 REVOCO

AUTORIZZA

che i sanitari utilizzino in forma anonima le informazioni relative al mio/suo stato di salute per fini scientifici e per pubblicazioni scientifiche.

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO
 REVOCO

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.

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 esercitante 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)



AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 PESCARA

VIA RENATO PAOLINI 47
PESCARA

C.F.- P.IVA 01397530682

T. 085 425 3001

F.

W. WWW.ASL.PE.IT

SEGRETERIA_DG@ASL.PE.IT

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: _____ 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.