



www.asl.pe.it

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

ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PER LA “DONAZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI”

Gentile donatore,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all'art. 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>, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

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 di dati effettuati dalla ASL di Pescara nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, nell'ambito delle attività svolte per i donatori e le donazioni di sangue ed emocomponenti, attraverso i servizi trasfusionali ubicati nei presidi ospedalieri, comprensivi delle attività sanitarie e amministrative ad essi correlate sono relative alle seguenti finalità:

- Programmi di produzione/consumo di emazie, plasma, piastrine e ed emocomponenti per uso trasfusionale e non trasfusionale.
- Attività di gestione organizzativa, ricontatto, comunicazioni al donatore a mezzo telefonico e/o email per l'erogazione del servizio.

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies e 75 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 a) – l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali;
- art.9.2 lettera a) – l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute;

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.

In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà personalmente sugli esiti degli stessi.

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate, potrà essere necessario il Suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento, in questi casi, sono costituite dall'art. 6.1 lettera a) e dall'art. 9.2 lettera a) del Regolamento.

4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio.

I suoi dati personali all'interno della ASL sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno, a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento".

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti espressamente previsti dalla normativa vigente; ulteriori comunicazioni potranno essere effettuate a soggetti che eseguano delle attività di trattamento per conto del Titolare, o con finalità e mezzi concordati e con cui siano stati stipulati specifici accordi (es.: Responsabili del Trattamento, Contitolari o Titolari autonomi):

- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale: il Medico Richiedente e il Medico responsabile delle procedure necessarie
- Centri trasfusionali regionali od anche fuori Regione; nel caso di problemi nel ricevente, sarà necessario fare un'indagine (look-back) fino al donatore;
- **L'Associazione Avis Provinciale di Pescara, Organizzazione di Volontariato OdV** con sede e domicilio fiscale in Pescara alla via Piazza salvo D'Acquisto n.19/21 in qualità di contitolari del trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 2016/678 per la "gestione di attività di raccolta del sangue"
- **L'Associazione Avis Comunale di Pescara, Organizzazione di Volontariato OdV** con sede e domicilio fiscale in Pescara alla via Piazza salvo D'Acquisto n.19/21, in qualità di contitolari del trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 2016/678 per la "gestione di attività di raccolta del sangue"
- **Associazione Donatori Volontari Polizia di Stato – Abruzzo – sede di Pescara** con sede e domicilio fiscale a Pescara in Via Pesaro 7, in qualità di contitolari del trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 2016/678 per la "gestione di attività di raccolta del sangue"
- **Federazione Donatori Volontari di Sangue FIDAS PESCARA** con sede e domicilio fiscale a Pescara in Via Fonte Romana 8, in qualità di contitolari del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 26 Regolamento UE 2016/678 per la "gestione di attività di raccolta del sangue"
- **Croce Rossa Italiana – Associazione di Promozione Sociale** – comitato Regionale Abruzzo CF/PI 13669721006, con sede legale e domicilio fiscale a Roma Via Toscana 12 e Unità locale a L'Aquila in Piazza San Marciano in qualità di contitolari del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 26 Regolamento UE 2016/678 per la "gestione di attività di raccolta del sangue"
- **Immunospark Srl** – con sede legale - Via Franco Donatelli n 7 – 00127 Roma in qualità di Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art 28 Regolamento UE 2016/678 in attuazione della delibera Asl Pescara n 454 del 11/03/2024

Per tale attività di trattamento non vengono effettuati 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): ossia la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso il Trattamento di dati personali. Questo diritto consiste nel diritto di conoscere e ottenere comunicazioni in relazione alle finalità e alle modalità del trattamento.
- Rettifica (art. 16): l'esattezza dei dati personali è fondamentale per garantire un elevato livello di protezione dei dati personali. L'interessato potrà chiedere di modificare i dati comunicati in precedenza come ad es. cambio indirizzo, cambio numero di telefono.
- 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): l'interessato può imporre al Titolare del trattamento una restrizione al trattamento dei dati (es. laddove siano previste più finalità l'interessato può limitare il trattamento soltanto ad alcune di queste).
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21): l'Interessato per motivi connessi alla sua situazione particolare, ha il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguarda, salvo che il trattamento sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico a norma dell'art.89 GDPR

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

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.

Lei può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa.

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 00186 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

8 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare, il servizio trasfusionale conserva i test effettuati per la qualificazione degli emocomponenti donati, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche epidemiologie; per 30 anni (art.29 DM 2 novembre 2015)

- Il consenso al trattamento dei dati personali. (per anni 5);
- Questionario compilato ad ogni donazione. (per anni 30 dalla donazione effettuata).

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)

9 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)

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)
- Particolari categorie di dati personali: dati relativi alla salute dell'interessato, all'origine razziale o etnica, dati genetici.
- In aggiunta per i donatori: Dati relativi a comportamenti, condizioni, stili di vita che possono comportare la trasmissione al ricevente di patologie infettive (es: dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, dati relativi a viaggi in zone a rischio di contrarre patologie infettive trasmissibili).

11 MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi, sanciti dall'art. 5 del Regolamento: di correttezza, liceità e trasparenza, limitazione della finalità, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non; i suoi dati personali saranno, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento, 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).

Con specifico riferimento ai software utilizzati per gestire le finalità di cui alla presente informativa, la ASL di Pescara si avvale dell'operato di Responsabili del Trattamento.

Infatti, in ottemperanza all'art. 28 del Regolamento Europeo in materia di Privacy (c.d. GDPR) è necessario, in relazione ai rapporti contrattuali che intercorrono tra Fornitori e il Titolare del Trattamento, la formalizzazione di un accordo per il trattamento dei dati personali effettuati dai fornitori per conto della ASL.

In particolare, per i Servizi di fornitura software, Servizi di assistenza, manutenzione, servizi correlati e manutenzione evolutiva delle piattaforme applicative della ASL di Pescara utilizzati nel processo di trattamento di dati personali per la "donazione sangue ed emocomponenti", si precisa che le società:

- Engineering Ingegneria Informatica S.p.A. – Piattaforma Ospedaliera AREAS – Delibera n. n.482/2020;

- Dedalus italia S.p.A. - Delibera n. 242/2018
- Instrumentation Laboratory S.p.A – Piattaforma Modulab – Delibera n. 145/2022
- Immunospark Srl - sistema FULLTRACE4 – Delibera n 454 del 11/03/2024

presentano le necessarie garanzie per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento dei dati personali affidati soddisfi i requisiti della normativa richiesti dalle disposizioni pro- tempore vigenti in materia, e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato e, pertanto, sono stati designati in qualità di Responsabili del Trattamento.

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.

Ove Lei presti il suo consenso per l'invio dei referti in formato digitale, la consegna avverrà tramite messaggio di posta elettronica all'indirizzo email da lei comunicato. Il referto, firmato digitalmente, verrà allegato al messaggio in formato cifrato: sarà possibile accedere ai contenuti dell'allegato mediante opportuna password che le verrà comunicata, in maniera separata, in fase di accettazione.

12 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento delle attività istituzionali della ASL (Attività di donazione del sangue intero ed emocomponenti o utilizzo per ricerca) e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile autorizzare la donazione di sangue ed emocomponenti.

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

“DONAZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI”

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

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

Premesso che il presente Modello integra il Modello di Informativa, di cui si dichiara di avere preso visione,

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,

_____ (nome e cognome)

acquisite le informazioni di cui all’informativa fornita ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i propri dati personali e appartenenti a particolari categorie (vedi informativa)

PRESTO IL CONSENSO

- **che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:**

- a nessuno
- al proprio medico curante _____
- a _____

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)

- **a ricevere da parte della ASL un messaggio a mezzo contatto telefonico e/o SMS al seguente numero telefonico o indirizzo e.mail -----per eventuali comunicazioni e/o per fini di contatto**

- SI
- NO
- REVOCA

- **a ricevere da parte della ASL un messaggio di posta elettronica di referti in formato digitale e cifrato al seguente indirizzo _____@_____**

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestata)

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 personali.

Data ____/____/____ ora ____:_____ Firma (leggibile) dell’Interessato: _____

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____

Data ____/____/____

Ovvero ed esclusivamente nel caso di trapianto di cellule staminali

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
Inserita nel database/archivio gestione Informativa: _____
Firma Operatore: _____ Data ____/____/____
Note: _____