

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (*di seguito Regolamento UE*), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali 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 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 situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Il materiale residuo proveniente dalla donazione (campioni ematici/unità di emocomponenti) potrà essere indirizzato a Sedi istituzionali di ricerca per studi su cellule o su plasma: sulla fisiologia e patofisiologia delle differenti sottopopolazioni di leucociti circolanti ottenute da sangue periferico di soggetti sani; sull'interazione tra cellule ematiche o proteine plasmatiche e tessuti, biomateriali, batteri; sull'utilizzo di una matrice plasmatica neutra per test di farmacocinetica clinica. Tali campioni/unità saranno etichettati soltanto con un codice numerico; il Servizio Trasfusionale conserverà la correlazione tra dati anagrafici e codice informatico del campione/unità, protetti da password in locali ad accesso limitato, così che i ricercatori non possano risalire alla Sua identità. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

- **Titolare del Trattamento:** l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense nella persona del Legale Rappresentante pro tempore con sede legale in Viale Forlanini 95 – 20024 Garbagnate Milanese. PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.
- **Responsabile della Protezione dei dati:** dati di contatto: e-mail responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.
- **Finalità:** i dati personali che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti nel corso di accertamenti o visite, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'ASST. I dati, trattati mediante supporto cartaceo e/o elettronico e/o audio-visivo, ed accessibili esclusivamente al personale autorizzato, verranno utilizzati per fini istituzionali di cura, diagnosi, ricerca, riabilitazione, prevenzione, terapeutici, epidemiologici, amministrativi e per tutti gli adempimenti di legge o richiesti da autorità pubbliche.
- **Categorie dei dati trattati:** dati personali, dati relativi alla salute, dati genetici
- **Destinatari dei dati:** i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi. Può essere prevista la comunicazione per obblighi di legge, dei soli dati essenziali, ai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta (tramite la rete informatica del progetto regionale CRS SISS o altre reti di patologia), all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al Servizio Sanitario Regionale (SSR Regione Lombardia), alle Farmacie convenzionate con l'ASST. È fatta salva inoltre la comunicazione di dati richiesti, in conformità alla legge, da Forze di Polizia, dall'Autorità Giudiziaria, da Organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa/sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione dei reati.
- **Periodo di conservazione:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.
- **Base giuridica:** i dati personali saranno oggetto di trattamento in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE e **senza obbligo di raccolta del consenso** (Provvedimento del Garante per la protezione dei dati nr. 55 del 7 marzo 2019) per:
 - adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
 - la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica;
 - l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
 - motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica;
 per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria.
Per finalità di ricerca sarà necessario ottenere in consenso dell'interessato.
- **Diritti dell'interessato:** ai sensi degli articoli 15, 16, 18, 19, 21 e 22 del Regolamento UE, Lei può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano e il loro periodo di conservazione. Potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi del c. 3 art. 7 del Regolamento UE. Non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17 comma 3, lettera c, Regolamento UE).
- **Reclami:** Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE PER FINALITA' DI RICERCA

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____, in via _____

codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa e le informazioni adeguate, **esprime il proprio libero consenso**, barrando la casella di seguito.

() Fornisce il consenso

() Non fornisce il consenso

Luogo _____

Data _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO e/o EMOCOMPONENTI
MEDIANTE AFERESI

DICHIARO DI :

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- Essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- Aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- Essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- Non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- Sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi;

() acconsento alla donazione

() non acconsento alla donazione

- Autorizzare la conservazione/utilizzo di componenti o materiale biologico residuo derivato dalla donazione per le finalità di ricerca descritte

() acconsento

() non acconsento

Data _____

Firma del/della donatore/donatrice

Medico/Operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____

Qualifica _____

Data _____ Firma _____

Pag. 2 di 2