



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E GENETICI
PER TEST SIEROLOGICI
PER LA RICERCA DI ANTICORPI ANTI-SARS COV2 (ANTI-S1 E S2) IgG

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 si forniscono le seguenti informazioni:

- **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
- **Responsabile della Protezione dei dati:** dati di contatto: e-mail responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.
- **Finalità:** i dati genetici che La riguardano e desunti dai TEST in argomento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST). I dati, trattati mediante supporto cartaceo e/o elettronico, ed accessibili esclusivamente al personale autorizzato, verranno utilizzati per fini istituzionali di cura, diagnosi, riabilitazione, prevenzione, terapeutici, epidemiologici, amministrativi e per tutti gli adempimenti di legge o richiesti da autorità pubbliche anche al fine di tutelare la salute dei lavoratori, in base a quanto stabilito dalle misure emergenziali sia nazionali che regionali per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemologica da COVID 19;
- **Categorie dei dati trattati:** di seguito le categorie di dati trattati
 - dati personali/comuni
 - dati relativi alla salute
 - dati genetici
- **Destinatari dei dati:** i Suoi dati genetici non saranno diffusi e/o comunicati e i campioni biologici non saranno messi a disposizione di terzi salvo che sia indispensabile per il perseguimento delle finalità sopra indicate ed esclusivamente nell'ambito dell'obbligo di fornire alle istituzioni competenti le informazioni necessarie, affinché le stesse possano assolvere ai compiti e alle funzioni previste anche dalla normativa d'urgenza adottata in relazione alla predetta situazione emergenziale ed esclusivamente rivolte alla prevenzione dal contagio da COVID-19;
- **Periodo di conservazione:** i tempi di conservazione dei campioni e dei dati genetici da essi ricavati, subordinati al proseguimento delle finalità di diagnosi e cura nel Suo interesse, sono stabiliti in anni 5 (cinque) salvo differenti e successive disposizioni normative nazionali e regionali;
- **Base giuridica:** i dati saranno oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 9 lettera a) del Regolamento UE, solo in caso di Suo espresso consenso specifico al trattamento dei Suoi dati e per le finalità di cui sopra. Il mancato consenso comporta l'impossibilità di eseguire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che prevedono l'utilizzo di dati genetici.
- **Diritti dell'interessato:** ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE, Lei può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la cancellazione e la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano e il loro periodo di conservazione. Lei ha inoltre il diritto di essere informato dal professionista sanitario dei risultati conseguibili e di possibili notizie inattese conoscibili a seguito delle indagini eseguite; di opporsi al trattamento dei dati genetici per motivi legittimi.
- **Reclami:** Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, con sede in V.le Forlanini n. 95 Garbagnate M.se, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____ residente a _____

Qualora Lei non sia il diretto interessato barri una delle seguenti caselle:

Genitore di _____

Legale rappresentante di _____

Rappresentante della Struttura presso cui dimora l'interessato _____

dopo aver acquisito e compreso l'informazione fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e consapevole inoltre che tale consenso sarà considerato valido fino ad eventuale revoca o rettifica:

acconsento al trattamento dei miei dati personali e genetici

non acconsento al trattamento dei miei dati personali e genetici

CHIEDO inoltre:

di essere informato

di non essere informato

sui risultati delle indagini anche qualora dovessero emergere notizie inattese che mi riguardano e da queste notizie potesse derivarne per me un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive, di rendere partecipe dei risultati il MMG/PLS dott. _____ e i miei familiari.

Data ____/____/____

Firma leggibile _____

Qualora Lei non sia il diretto interessato firmi nell'apposito spazio:

Genitore/i _____

Legale rappresentante _____

Rappresentante della Struttura presso cui dimora l'interessato _____

Firma del minore/tutelato (se possibile) _____

Data ____/____/____

Firma dello specialista
