

INFORMATIVA E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolari del trattamento e relative finalità

Il Centro Diagnostico Delta S.r.l. tratterà i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute, esclusivamente in funzione dell'attività di analisi clinica, nel rispetto della legge comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e nazionale (D. Lgs 196/2003) sulla privacy ed in accordo a quanto prescritto nelle "Linee Guida in tema di referti online" (Delib. Gar. dati pers., 19/11/2009, n. 36 e s.m.i.).

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro Diagnostico Delta S.r.l. e trasmessi per finalità fiscali, contabili e di gestione anagrafe clienti alle persone o società anche esterne che agiscono per loro conto, anche in Paesi non appartenenti all'Unione europea che non garantiscono un adeguato livello di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali e dei campioni biologici è indispensabile all'effettuazione dell'analisi, della refertazione e della fatturazione.

Natura dei dati e modalità del trattamento

Il sanitario che effettuerà le analisi raccoglierà i dati ed i campioni biologici che La riguardano che saranno registrati, elaborati e conservati presso il Centro Diagnostico Delta S.r.l.

Fruizione facoltativa del servizio di refertazione on-line

Può beneficiare della possibilità di ricevere via posta elettronica il referto relativo all'analisi clinica effettuata: ove si avvalga di tale facoltà riceverà il "referto" presso la Sua casella di posta elettronica. Il servizio di refertazione on-line è facoltativo, avendo la finalità di rendere più rapidamente conoscibile il risultato dell'esame clinico effettuato, disponendo della possibilità di scegliere di ritirare il referto in formato cartaceo presso la struttura erogatrice della prestazione. Potrà, peraltro, decidere liberamente di aderire o meno a tale servizio di refertazione, senza alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire della prestazione richiesta. Una volta acquisito il referto, potrà richiedere ed ottenere ulteriori indicazioni dal sanitario che ha eseguito l'analisi clinica.

Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui al D.Lgs. n. 196/03 ed al Regolamento UE 2016/679 (esempio: accedere ai suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente a Centro Diagnostico Delta S.r.l. Potrà manifestare, in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione, una volontà contraria ovvero che il referto non sia oggetto del servizio di refertazione on-line precedentemente scelto.

In particolare, la informiamo che potrà chiedere al titolare del trattamento, in qualunque momento:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile;
- l'accesso ai suoi dati personali, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che La riguardano;
- l'origine, le finalità e le modalità del trattamento dei Suoi dati;
- la comunicazione a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali, delle eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli artt. 16, 17, par. 1, e 18 del Regolamento, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato nonché la comunicazione, in Suo favore, degli stessi destinatari.

Potrà opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei Suoi dati e, in particolare, al trattamento dei Suoi dati al fine di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali, potrà esercitare il diritto alla portabilità dei dati ed avrà diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo.

La informiamo, inoltre, che potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, e con la stessa facilità con cui è stato concesso, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Il titolare del trattamento è Centro Diagnostico Delta S.r.l. con sede legale in Apollosa (Benevento), alla Via Piazza S. Giuseppe Moscati,

8 - S.S.Appia Km 254+900 - 82030, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: info@centrodeltasrl.com, Tel.: +39 0824363764, Fax: +39 0824364092

Il R.P.D. - Responsabile Protezione Dati pro tempore è Centro Diagnostico Delta S.r.l. con sede legale in Apollosa (Benevento), alla Piazza S. Giuseppe Moscati, 8 - S.S.Appia Km 254+900 - 82030, contattabile ai seguenti recapiti: Pec: privacy@centrodeltasrl.com, Tel.: +39 0824363764, Fax: +39 0824364092

Trial clinico volto alla validazione di un test per la diagnosi sierologica di infezione da SARS-Cov2.

Scopo

Col presente modulo La invitiamo a partecipare a uno studio volto alla validazione di un test per la diagnosi sierologica di infezione da SARS-CoV2. Il test rileva la presenza di anticorpi diretti contro proteine di SARS-CoV-2 prodotti dal sistema immune ospite a seguito dell'esposizione al virus.

Dichiaro che:

Ho ricevuto informazioni adeguate sul protocollo "Trial volto alla validazione di un test per la diagnosi sierologica di infezione da SARS-Cov2";

Ho avuto la possibilità di fare domande;

Ho ricevuto una risposta soddisfacente alle mie domande;

Ho capito di essere libero di sospendere lo studio in qualsiasi momento senza fornire spiegazioni sulla mia decisione e senza compromettere il mio rapporto con il medico che mi cura;

Acconto a sottopormi ad esami di sangue.

Ciò premesso, io sottoscritto/a, presa visione della informativa sopra riportata,

esprimo il consenso

nego il consenso

al trattamento dei miei dati personali per gli scopi di analisi clinica, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento,

Io sottoscritto/a, inoltre,

esprimo il consenso

nego il consenso

al trasferimento dei miei dati personali al di fuori dell'Unione europea

Nome e cognome dell'interessato/a (in stampatello) _____

Firma dell'interessato _____

Data _____

Nome, cognome (in stampatello) e firma del tutore/rappresentante legale/testimone

Data _____