



PROVINCIA RELIGIOSA DI S. PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI S. GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAELLI

Centro Direzionale: 00189 ROMA - Via Cassia, 600 - Tel. (06) 3355906 - 33253520 Fax - Iscritto al R.P.G. n° 666/87 - C. F. 00443370580 - P. IVA 00894591007

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____
in Via _____
CAP _____ Località _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in Via _____
CAP _____ Località _____

DICHIARANO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003

di aver ricevuto esaustiva informativa in materia di trattamento dei dati personali, ed in particolare di essere stato informato delle seguenti circostanze:

- il trattamento dei dati, effettuato sia in forma cartacea che elettronica, è finalizzato al rilascio dell'attestazione di avvenuto servizio di informazione sulle modalità e finalità della donazione autologa o allogenica delle cellule staminali. I dati conferiti dall'interessato potranno, inoltre, previo consenso (o se resi anonimi), essere utilizzati a scopo di ricerca e analisi statistiche. I risultati saranno in forma aggregata. I dati saranno raccolti e custoditi presso l'Azienda Sanitaria sede del parto e comunicati in forma anonima alle autorità competenti regionali e nazionali. Il conferimento dei dati necessari al rilascio dell'autorizzazione, ivi compresi quelli di natura sensibile, è obbligatorio al fine dell'attività informativa;

- la mancata sottoscrizione del consenso al riquadro sottostante non rende possibile l'emissione del certificato di avvenuto servizio di informazione;

- i dati personali, inoltre, potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

a) dipendenti e collaboratori incaricati del trattamento per la gestione delle pratiche relative al servizio offerto;

b) Autorità o amministrazioni pubbliche per l'adempimento di ogni obbligo di legge;

- in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, di cui il sottoscritto dichiara di essere stato informato;

- titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda

Via

E PRESTA IL PROPRIO CONSENSO, AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D. LGS. 196/2003

AL FINE DI:

autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, necessari per lo svolgimento dell'attività informativa;

Autorizzo data _____ Firma madre _____

Autorizzo data _____ Firma padre _____

