**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

**ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 679/2016**

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento e del Consiglio Europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito GDPR EU 2016/679)*,* l’**IRCCS** **INRCA** **con sede in via Santa Margherita, n. 5 – 60124 – Ancona**, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati, saranno trattati al fine di uso terapeutico di farmaco ai sensi del D.M. 7 settembre 2017, secondo quanto disposto dal GDPR EU 2016/679, dai Codici di deontologia e di buona condotta emanati in ambito medico e sanitario, nonché dai Provvedimenti emanati dall’Autorità Garante in materia.

**Finalità del trattamento e base giuridica**

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per il conseguimento delle finalità sopra richiamate.

Il trattamento avviene su base volontaria, pertanto, il mancato consenso al trattamento dei dati per tale finalità non pregiudica il diritto di avvalersi delle altre prestazioni medico sanitarie erogate dall’INRCA.

**Modalità del trattamento dei dati**

Le finalità del trattamento prevedono lo svolgimento delle operazioni di raccolta, registrazione, conservazione e modificazione dei dati personali mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

**Comunicazione**

I Suoi dati potranno essere comunicati a terzi nei casi in cui le strutture e le dotazioni interne dell’INRCA risultassero inadeguati al perseguimento delle finalità oggetto del trattamento o nei casi espressamente previsti da disposizione di legge o regolamento.

L'accesso a tali dati sarà consentito al solo medico responsabile e ai soggetti espressamente autorizzati dall’INRCA.

Previo Suo consenso, potrebbe essere utile informare il Suo medico di famiglia, al fine di evitare interferenze con eventuali altri farmaci che potrebbe prescriverLe e/o con trattamenti a cui potrebbe sottoporLa.

**Conservazione**

I dati da Lei forniti e i campioni biologici saranno conservati per un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati.

**Esercizio dei diritti**

Le comunichiamo inoltre che agli effetti della Legge, Titolare del trattamento è l’IRCCS INRCA, con sede in via Santa Margherita 5, 60124 Ancona.

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), e degli artt. 15, 16, 17, 18, e 21 del GDPR 2016/679, la informiamo che:

1. ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che la riguardano o di opporsi al trattamento degli stessi;
2. ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell’Autorità su www.garanteprivacy.it.

La informiamo, altresì, che l’INRCA, ai sensi dell’articolo 37 del GDPR EU 2016/679, ha proceduto ad individuare e nominare il Data Protection Officer (DPO), contattabile al seguente indirizzo e-mail: [dpo@morolabs.it](mailto:dpo@morolabs.it)

Potrà in ogni momento esercitare diritti di cui alla lettera a) inviando una comunicazione all’INRCA con sede in via……………..(*indirizzo POR*) alla cortese attenzione del Medico Responsabile.

Potrà conoscere l’elenco aggiornato dei Responsabili del Trattamento, inviando una comunicazione al titolare del trattamento dei dati all’indirizzo di cui sopra. Potrà inoltre, in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione revocare il consenso al trattamento.

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Preso atto dell’informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento generale sulla protezione dei *dati UE 679/2016,*

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_, N°\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

interessato

* amministratore di sostegno/rappresentante legale

Nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **dà il proprio consenso** □ **nega il proprio consenso**

al trattamento dei dati per finalità relative all’uso terapeutico di farmaco ai sensi del D.M. 7 settembre 2017.

□ **dà il proprio consenso** □ **nega il proprio consenso**

affinché i risultati che emergano durante le attività di uso terapeutico di farmaco siano comunicate a:

□ me medesimo

□ familiare (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□ convivente /coniuge (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□ medico di famiglia (Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)