

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna</p>	<p>INFORMATIVA SULLA PRIVACY</p> <p>allegato 3 parte C</p>	<p>R06/IO13 Rev. 0 Applicato il: 18/10/2010</p>
---	---	---

N. della richiesta (Ospedale/U.O./anno/n° progressivo)

La sottoscritta
nata a il
residente a Prov.....
in Via
CAP

Il sottoscritto
nato a il
residente a Prov.....
in Via
CAP

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 PRESTANO 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