

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna</p>	<p><b>INFORMATIVA SULLA PRIVACY</b></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 .....