



Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto  
Clinica Ostetrica Ginecologica – Direttore Prof. Antonio La Marca

**Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 [14] del  
Reg. (UE) 2016/679 c.d. GDPR**

***Valutazione degli effetti di trattamenti integrativi sulla ciclicità mestruale e i parametri ormonali e  
metabolici in pazienti con PCOS.***

**Titolari del trattamento e relative finalità**

Il Centro di sperimentazione sperimentazione e Promotore (Ambulatorio della Menopausa dell' AOU – Policlinico di Modena, via del Pozzo 71 - 41124 Modena), che ha proposto lo studio che Vi è stato descritto, ciascuno per gli ambiti di propria competenza e in accordo alle responsabilità previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, tratteranno i dati personali di Vostra figlia, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi a alla Sua origine, ai Suoi stili di vita, alla Sua attività fisica, alle Sue abitudini alimentari, ai suoi parametri biometrici, esami laboratoristici o strumentali, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio e a fini di farmacovigilanza

Lo studio ha come obiettivo quello di valutare gli effetti di trattamenti integrativi sulla ciclicità mestruale e sui parametri ematochimici ormonali e metabolici in pazienti con diagnosi di sindrome dell'ovaio policistico (PCOS).

I dati personali di Vostra figlia che fornirete per le finalità che Vi sono state su descritte verranno trattati sulla base del Vostro espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

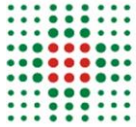
A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione.

Il trattamento dei dati personali di Vostra figlia suddetti è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non le consentirà di parteciparvi.

**Natura dei dati**

I dati personali di Vostra figlia saranno sottoposti a pseudonimizzazione: il trattamento dei dati personali avverrà in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive. Queste informazioni aggiuntive saranno conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile. Il medico che seguirà Vostra figlia nello studio la identificherà, quindi, con un codice e i dati che la riguardano, raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del suo nominativo, saranno trasmessi al Promotore, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, e ai suoi dati personali come sopra specificati. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al suo nominativo.

**Modalità del trattamento**



Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto  
Clinica Ostetrica Ginecologica – Direttore Prof. Antonio La Marca

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici o automatizzati, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La partecipazione di Vostra figlia allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali, il personale del Promotore, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che la riguardano, contenuti anche nella sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della sua identità.

**Esercizio dei diritti**

Potete esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai dati personali di Vostra figlia, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporvi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendovi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati (Prof. Alessandro Genazzani – [genazzani.alessandro@aou.mo.it](mailto:genazzani.alessandro@aou.mo.it)).

Vi ricordiamo che, nel caso in cui ravvisiate una violazione dei diritti di Vostra figlia in materia di protezione dei dati personali, potrete presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali ([protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)) e che i dati di Vostra figlia verranno conservati esclusivamente per il tempo necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati.

La durata dello studio è stimata in mesi 24.

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore per almeno sette anni dopo il completamento della sperimentazione.

Potete contattare il Data Protection Officer del Promotore al seguente indirizzo email: [dpo@aou.mo.it](mailto:dpo@aou.mo.it).

Avete il diritto di revocare il Vostro consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

In caso di revoca del consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), o all'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), avrete diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali di Vostra figlia senza ingiustificato ritardo e il Titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, fatta salva l'esistenza di un obbligo legale che imponga di non procedere alla cancellazione.

**Consenso**

Sottoscrivendo tale modulo acconsentiamo  non acconsentiamo  al trattamento dei dati personali di nostra figlia per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicateci nell'informativa fornitaci con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato** (in stampatello) \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome del Padre** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**  
**Policlinico**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto  
Clinica Ostetrica Ginecologica – Direttore Prof. Antonio La Marca

**Nome e Cognome della Madre** \_\_\_\_\_

**Firma della Madre** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

*Ove applicabile*

Io, sottoscritto, \_\_\_\_\_ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al genitore sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, \_\_\_\_\_ ha acconsentito  non acconsentito  verbalmente al trattamento dei dati personali di sua figlia per le finalità descritte nel presente documento.

Nome e Cognome del testimone imparziale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del testimone imparziale** \_\_\_\_\_