



Dipartimento Interaziendale Integrato di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica
Direttore F.F. dr. Mario Sarti
SSD Virologia e Microbiologia molecolare
Responsabile F.F. dr. William Gennari

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

TITOLO DELLO STUDIO

**CIRCOLAZIONE DEI VIRUS RESPIRATORI IN AMBITO OSPEDALIERO NELLA POPOLAZIONE
ADULTA DURANTE E DOPO LA PANDEMIA DA COVID-19**

Titolari del trattamento e relative finalità

Il Centro di sperimentazione SSD Virologia e Microbiologia Molecolare, che ha promosso lo studio che Le è stato descritto, in accordo con le 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,) tratterà i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi a (età, sesso, tipo di materiale analizzato e reparto di provenienza) esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Lo studio ha come obiettivo quello di identificare quali e quanti virus responsabili di infezioni del tratto respiratorio sono stati rilevati, in campioni clinici respiratori di pazienti adulti afferenti al Policlinico di Modena e ai vari ospedali della Provincia, utilizzando la metodica molecolare di routine nei due periodi di studio; periodo pandemico (Ottobre 2020-Luglio 2021) e nel periodo post-pandemico (Ottobre 2024- Luglio 2025).

Inoltre, tale studio ha come obiettivo quello di valutare quali siano i reparti maggiormente coinvolti e se vi siano differenze nella circolazione dei virus responsabili di infezioni del tratto respiratorio nei due periodi studiati.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e non saranno trasferiti in Paesi non appartenenti all'Unione europea che non garantiscono un adeguato livello di protezione dei dati personali. Non le verrà chiesto di fornire alcun dato personale, ma solamente di poter accedere al risultato del test per l'identificazione dei patogeni sessualmente trasmissibili per essere considerati in maniera pseudonimizzata. Le finalità che Le sono state descritte verranno trattate sulla base del suo espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

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

Natura dei dati

I Suoi dati personali 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.

Modalità del trattamento

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 Sua partecipazione 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.

Dipartimento Interaziendale Integrato di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica
Direttore F.F. dr. Mario Sarti
SSD Virologia e Microbiologia molecolare
Responsabile F.F dr. William Gennari

Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati Responsabile Scientifico; dr.ssa Giulia Fregni Serpini; e-mail: fregniserpini.giulia@aou.mo.it; tel. 059 422 5914.

Le ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei Suoi diritti in materia di protezione dei dati personali, potrà presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali (protocollo@pec.gpdp.it) e che i Suoi dati 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 4 mesi.

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

Potrà contattare il Data Protection Officer per l'A.O.U. di Modena al seguente indirizzo email: dpo@aou.mo.it

Lei ha il diritto di revocare il suo 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), Lei ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che La riguardano 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 acconsento non acconsento al trattamento dei miei dati personali per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello) _____

Firma dell'interessato _____

Data _____

Io, sottoscritto, _____ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al paziente 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 propri dati personali per le finalità descritte nel presente documento.

Nome e Cognome del testimone imparziale _____

Data _____

Firma del testimone imparziale _____