

## **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 clinica e della qualità di vita dei pazienti affetti da malattie cutanee infiammatorie in trattamento con farmaci a bersaglio molecolare

### **Titolari del trattamento e relative finalità**

Il Centro di sperimentazione *sc Dermatologia Aou di Modena*, via del Pozzo 71, 41124 e il Promotore *Università di Modena e Reggio Emilia*, dip. CHIMOMO via del Pozzo 71, 41125 Modena, che ha proposto lo studio che le 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 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 alla sua salute esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

L'obiettivo primario del presente progetto è quello di valutare la variazione dell'indice DLQI indotta dalle terapie a bersaglio molecolare, in una coorte di pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche cutanee.

I dati personali che fornirà per le finalità che le sono state descritte verranno trattati sulla base del suo espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi al Promotore.

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. Il Medico che la seguirà 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**

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, 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**

Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e sezioni 3 e 4 del Regolamento UE 2016/679 (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati prof. Marco Manfredini , mail [marco.manfredini@unimore.it](mailto:marco.manfredini@unimore.it) , tel 0594224264.

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](mailto: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 \_10\_ .*

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore per 7 anni dopo il completamento della sperimentazione e dopodiché verranno distrutti.

Potrà contattare il Data Protection Officer del Promotore al seguente indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

*Potrà contattare il Data Protection Officer per l'A.O.U. di Modena al seguente indirizzo email: [dpo@aoou.mo.it](mailto:dpo@aoou.mo.it).*

*Potrà contattare il Data Protection Officer per Unimore e-mail: [dpo@unimore.it](mailto:dpo@unimore.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/a** (in stampatello) \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato/a** \_\_\_\_\_

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

*Ove applicabile*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al/la 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/la testimone imparziale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del/la testimone imparziale** \_\_\_\_\_