

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE**

(All. II, parte B)

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo Servizio Trasfusionale.

**Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue.**


Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale dell'ASL RMH6.

Il Responsabile del trattamento è il Responsabile del S.I.M.T.

Io sottoscritto/a acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

**acconsento**       **non acconsento**


al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data: \_\_\_\_\_ **Firma del donatore** \_\_\_\_\_ 

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_

**Firma del sanitario** \_\_\_\_\_ 

Data: \_\_\_\_\_

Io sottoscritto autorizzo altresì il trattamento dei propri dati personali da parte dell'Ufficio di Chiamata dell'Avis, secondo quanto descritto nell'informativa affissa nella Unità di Raccolta e brevemente illustrata dal personale della struttura in occasione della prima donazione o di successive modifiche intervenute nell'informativa stessa.

Data: \_\_\_\_\_ **Firma del donatore** \_\_\_\_\_ 