

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO

nonché al trattamento dei dati personali per gli scopi della specifica ricerca  
 (D.lgs. 196 del 30.06.2003)

Io sottoscritto/a

NOME .....

COGNOME .....

Dichiaro di aver essere consapevole che l'autorizzazione da me espressa ad utilizzare i miei dati clinici per  
 gli obiettivi dello studio o/o pubblicazione scientifica potrà eventualmente essere in seguito ritirata senza  
 fornire giustificazione alcuna e senza che venga in alcun modo modificata la qualità delle cure mediche che  
 mi verranno in futuro prestate.

Sono cosciente del fatto che i miei dati personali possano essere esaminati, nel corso di regolari verifiche,  
 da personale appositamente autorizzato, ma i dati personali, trattati mediante strumenti anche elettronici,  
 rimarranno sempre riservati e non verranno resi pubblici se non (attraverso pubblicazioni o convegni  
 scientifici) in forma rigorosamente anonima e tale da mantenere segreta la mia identità; in ogni caso, il  
 Proponente garantisce che le informazioni saranno trattate senza violare la riservatezza del soggetto e nel  
 rispetto di tutte le vigenti normative in materia di privacy.

In particolare, sono a conoscenza del fatto che la struttura ospedaliera presso la quale sono ricoverato  
 tratteranno i miei dati personali, in particolare quelli sensibili relativi al mio stato di salute, soltanto nella  
 misura in cui essi saranno necessari e che il Titolare del trattamento dei dati personali è Azienda  
Ospedaliera Universitaria della Campania "L. Vanvitelli".

Responsabile del trattamento dei dati, ai sensi dell'articolo 29 del D.Lgs. 196/2003, è il Prof. Caterina  
 Aurilio, in qualità di Direttore della U.O.C. di .....

Inoltre, sono consapevole che i dati che mi riguardano saranno riconducibili ad un codice identificativo e  
 soltanto il Medico che mi ha in cura e i soggetti autorizzati per legge saranno in grado di collegare detto  
 codice al mio nominativo.

Sono consapevole che potrò esercitare i diritti di accesso sanciti dall'articolo 7 del Codice in materia di  
 protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196), per esempio chiedendo di accedere  
 ai miei dati personali, di aggiornarli, di integrarli, di rettificarli, di oppormi al loro trattamento per motivi  
 legittimi etc...), rivolgendomi direttamente al Medico che mi propone l'adesione a questa ricerca, o per il suo  
 tramite, al Proponente dello studio.

Sono consapevole che agli addetti al monitoraggio, o agli addetti alla verifica, e alle autorità regolatorie sarà  
 consentito l'accesso alla mia documentazione medica originale per una verifica delle procedure dello studio  
 clinico o/o dei dati, senza che ciò possa violare in alcun modo la mia riservatezza, e sono quindi  
 consapevole che firmando il presente modulo autorizzo tale accesso.

Sottoscrivendo tale modulo:

- 1) acconsento al trattamento dei miei dati personali per gli scopi della ricerca che mi è stata illustrata e  
 con le modalità indicate nella lettera informativa fornita con il presente documento;