

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev.0 12/01/2021
	<b>INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b> ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) <b>PER LE ATTIVITÀ DI SCREENING PROVINCIALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2</b>	Pag. 1/1

Gentile Signora/e,

L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, La informa sulle modalità con cui sono trattati i Suoi dati personali nello svolgimento delle attività relative all'esecuzione di **test volontari SARS-CoV-2**.

I dati personali acquisiti in relazione all'esame, sono necessari, in quanto laddove l'esame dia esito positivo, Lei potrà essere contattato dal Servizio Igiene territorialmente competente al fine di fare ulteriori accertamenti.

**Titolare del trattamento dei dati:** Il Titolare del Trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti, con sede in via dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE.BI) 66100 - Chieti, indirizzo PEC [info@pec.asl2abruzzo.it](mailto:info@pec.asl2abruzzo.it) in contitolarità con la Regione Abruzzo e con i Comuni abruzzesi, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

**Responsabile della protezione dei dati:** Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti, con sede in via dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE.BI) 66100 - Chieti, E-mail: [dpo@asl2abruzzo.it](mailto:dpo@asl2abruzzo.it), PEC: [dpo@pec.asl2abruzzo.it](mailto:dpo@pec.asl2abruzzo.it)

**Finalità del trattamento dei dati e base giuridica**

La finalità del trattamento dei dati personali è quello di diagnosi, cura e prevenzione dell'emergenza virale SARS-CoV-2.

Il trattamento dei Suoi dati personali o della persona che rappresenta, è necessario per:

- motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, ai sensi dell'art. 9, par. 2 lett. i) del GDPR
- l'esecuzione di compiti di sicurezza e salute della popolazione, salvaguardia della vita e incolumità fisica, ai sensi dell'art. 2-sexies lett. u) del D. Lgs 196/03.
- fini statistici e di ricerca scientifica, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. j) del GDPR

**Fonte da cui hanno origine i dati personali**

I dati personali che sono oggetto di trattamento da parte dell'Azienda Sanitaria sono a questa conferiti da parte Sua o da parte di altri interessati che agiscono per nome o per Suo conto.

**Modalità di trattamento**

Le attività di trattamento dei dati personali sono effettuate da parte di soggetti appositamente autorizzati al trattamento in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 28 e 29 del GDPR con modalità elettroniche e/o manuali, adottando le adeguate misure tecniche ed organizzative previste dall'articolo 32 del GDPR rispettando i principi di necessità, liceità, correttezza, esattezza, proporzionalità, pertinenza e non eccedenza. I dati verranno comunicati al Servizio Igiene territorialmente competente affinché quest'ultimo La contatti per ulteriori accertamenti, qualora necessario. In caso di esito positivo al test, i suoi dati potranno essere comunicati direttamente al Suo medico curante. In caso di esito negativo, potrà ricevere una comunicazione formale sulla posta elettronica da Lei indicata.

**Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo**

I dati personali sono conservati dall'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 5 del GDPR, ovvero in base a quanto previsto dal piano della conservazione documentale dell'Azienda Sanitaria e successivamente saranno distrutti.

**Trasferimento dei dati personali**

Nell'ambito delle previste attività di screening, i Suoi dati ed i risultati degli esami effettuati verranno comunicati al sistema ATTRA, messo a disposizione della Regione Abruzzo, per la gestione dei tamponi.

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi e non saranno oggetto di trasferimento in Paesi terzi.

**Facoltà o obbligo della comunicazione dei dati personali**

La comunicazione dei Suoi dati personali o della persona che rappresenta (ad es. tessera sanitaria e documento riconoscimento) NON costituisce un obbligo giuridico. Il mancato conferimento dei dati personali NON consentirà la partecipazione allo Screening provinciale per la ricerca di SARS-CoV-2.

**Profilazione**

I suoi dati personali non saranno oggetto di profilazione o di processi decisionali automatizzati.

**Esercizio dei diritti**

Qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Lei può, rivolgendosi direttamente al RPD all'indirizzo di posta elettronica [dpo@asl2abruzzo.it](mailto:dpo@asl2abruzzo.it); PEC: [dpo@pec.asl2abruzzo.it](mailto:dpo@pec.asl2abruzzo.it) o scrivendo all'indirizzo suindicato, esercitare il diritto di accedere ai Suoi dati personali, o ottenerne la rettifica o integrazione e, nei casi stabiliti dalla legge, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento (ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR).



**MODULO DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO  
PER LE ATTIVITÀ DI SCREENING PROVINCIALE PER LA RICERCA DI  
SARS-CoV-2**

**Persona da testare**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Genere  M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (in stampatello) \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail (in stampatello) \_\_\_\_\_

Nome del Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**In qualità di**

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in /a \_\_\_\_\_

Curatore

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in/a \_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679**

Data e Luogo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Manifesto la volontà di aderire allo screening provinciale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività**

Firma: \_\_\_\_\_

**Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato o tramite sistemi di refertazione on-line e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.**

Firma: \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL TEAM SANITARIO**

Postazione \_\_\_\_\_ Data e ora \_\_\_\_\_

Esito:  **NEGATIVO**  **POSITIVO**

Firma operatore \_\_\_\_\_