

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Protocollo operativo regionale di Identificazione Precoce degli infetti COVID-19 attraverso l'utilizzo dei TEST RAPIDI per IgM e IgG anti-Coronavirus e dei tamponi su operatori esposti del SSR e sui pazienti asintomatici

1. Premessa

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali" (di seguito anche "GDPR"), Le forniamo le informazioni richieste sul trattamento dei dati personali che La riguardano ("Dati").

2. Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento

I Dati a Lei riferiti saranno trattati da **Regione Campania – Unità di Crisi Regionale ex Decreto P.G.R.C. n. 51 del 20.03.2020**, con sede legale in **Via Santa Lucia, 81 – 80132 Napoli** mail **tf.covid19@regione.campania.it**, PEC **tf.covid19@pec.regione.campania.it** in qualità di Titolare del trattamento.

3. Categorie di dati personali

L'effettuazione dello studio determina il trattamento delle seguenti categorie di Dati personali a Lei relativi:

- Dati comuni (es. dati anagrafici e dati di contatto), ivi compreso il numero di identificazione personale che Le viene assegnato nel corso della registrazione nella Web APP regionale;
- Categorie particolari di Dati personali di cui all'art. 9 del GDPR (es. Dati relativi alla salute, Dati genetici).

4. Finalità del trattamento e base giuridica

Il trattamento dei dati personali nel contesto del servizio "Web APP tracciatura test rapido e tamponi – Emergenza COVID-19", di natura esclusivamente informatizzata, è finalizzato a consentire all'Ente di svolgere le proprie finalità istituzionali in ragione all'emergenza epidemiologica da COVID-19, fino al perdurare del predetto stato di emergenza, sulle specifiche disposizioni definite dalle Ordinanze della Protezione Civile. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato soltanto nella misura in cui esso risulti indispensabile in relazione all'obiettivo e, in particolare, a fini diagnostici e di ricerca epidemiologica effettuata sulla base di un progetto di contrasto alla diffusione epidemica del COVID-19. La base giuridica del trattamento è costituita dal consenso da Lei prestato, in mancanza del quale non è consentita la Sua partecipazione al protocollo.

5. Modalità di trattamento e misure di sicurezza

I Dati a Lei relativi verranno raccolti, trattati e registrati sia mediante strumenti manuali che con strumenti informatici e telematici, in modo lecito e secondo correttezza e, in ogni caso, sempre sotto il presidio di misure tecniche e organizzative idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei Dati stessi e per il perseguimento delle finalità sopra indicate, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa applicabile. Il trattamento dei Dati avverrà inoltre riducendone i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

6. Periodo di conservazione dei dati

I Dati a Lei riferiti saranno trattati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità di cui sopra e comunque fino al perdurare del predetto stato di emergenza, fatti salvi gli eventuali termini di conservazione previsti da norme di legge o regolamenti.

7. Trasferimento dei Dati personali extra - UE

Il trasferimento dei Dati personali extra - UE può avvenire qualora risulti necessario per la conduzione del programma di ricerca scientifica. Per il trattamento delle informazioni e dei dati che saranno eventualmente comunicati a queste organizzazioni o soggetti esteri saranno richiesti gli equivalenti livelli di protezione adottati per il trattamento da parte del Titolare. In ogni caso saranno comunicati i soli dati necessari al perseguimento degli scopi previsti e saranno applicati gli strumenti normativi previsti dal Capo V del GDPR.

8. Categorie di soggetti cui possono essere comunicati i Dati

I Dati potranno essere comunicati a:

- Dipartimento della Protezione Civile;
- Autorità sanitarie e Professionisti in ambito sanitario di tutte le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e I.R.C.C.S. afferenti al territorio della Regione Campania;
- Addetti al monitoraggio dello studio;

I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati effettueranno il trattamento dei dati medesimi e li utilizzeranno, a seconda dei casi, in qualità di Responsabili del trattamento, designati con chiare istruzioni, o di autonomi Titolari. Tutti i dipendenti e collaboratori che, autorizzati al trattamento, svolgono la propria attività sulla base delle istruzioni fornite dal Titolare, sono designati Autorizzati al trattamento.

9. Responsabili esterni del trattamento

Il Titolare ha designato la **So.Re.Sa. S.p.A. - Centro Direzionale Isola F9, 80143 Napoli** responsabile esterno del trattamento che potrà a sua volta avvalersi di sub responsabili nell'ambito del progetto SINFONIA.

10. Diritti dell'interessato

- Chiedere al Titolare l'accesso ai Dati, la loro cancellazione, la rettifica dei Dati inesatti, l'integrazione dei Dati incompleti, nonché la limitazione del trattamento nei casi previsti ai sensi degli artt. dal 15 al 18 del GDPR;
- Opporsi, in qualsiasi momento, in tutto od in parte, al trattamento dei Dati necessario per il perseguimento legittimo dell'interesse del Titolare;
- Nel caso in cui siano presenti le condizioni per l'esercizio del diritto alla portabilità di cui all'art. 20 del GDPR, ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati forniti al Titolare, nonché, se tecnicamente fattibile, trasmetterli ad altro Titolare senza impedimenti;
- Revocare il consenso prestato in qualsiasi momento;
- Proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Tali diritti possono essere esercitati, a mezzo posta raccomandata, indirizzata a **Regione Campania – Unità di Crisi Regionale ex Decreto P.G.R.C. n. 51 del 20.03.2020** **Via Santa Lucia, 81 – 80132 Napoli** o via e – mail all'indirizzo **PEC: tf.covid19@pec.regione.campania.it**

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

a sottoporsi a effettuare test rapido per ricerca SARS-COV-2

Gentile Signora / Egregio Signore,

La Farmacia _____ a cui lei si è rivolta, in qualità di **Titolare** del trattamento dei dati, La informa che i Suoi dati personali, laddove accettasse di sottoporsi al tampone, sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 ("Regolamento") e del D. Lgs 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/2018. Tenuto conto che l'emergenza sanitaria da COVID-19 impone trattamenti dei dati in aggiunta alla prassi ordinaria, Le fornisce le seguenti informazioni al riguardo:

TITOLARE DATA PROTECTION	Ai sensi degli articoli 4 e 24 del Regolamento, Titolare del Trattamento ("Titolare") è la Farmacia nelle rispettive sedi legali Ai sensi degli articoli 37 e 39 del Regolamento, la Farmacia ha un suo Responsabile della Protezione dei Dati ("RPD").
TIPOLOGIA DI DATI	Per le finalità sotto indicate potranno essere trattate le seguenti categorie di dati: • Dati personali anagrafici propri e di persone conviventi; • Dati personali sulla professione, attività lavorativa e luoghi di lavoro; • Zona di provenienza e/o transito, nonché mappatura degli spostamenti; • Dati del domicilio di isolamento fiduciario; • Dati relativi alla salute e relativo monitoraggio; • Dati giudiziari.

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____ Nato a _____

Il ____/____/____ Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residenza (Comune) _____ Prov. () Via _____ CAP _____

Domicilio (Comune) _____ Prov. () Via _____ CAP _____
(se diverso da residenza)

Telefono _____ Email _____

Numero documento carta d'identità passaporto patente di guida N° _____ rilasciato da comune questura prefettura di _____ il _____

Padre Madre Tutore legale del minore _____ documento del minore _____

Codice Fiscale del minore | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

ASL di residenza _____

Medico di Medicina Generale _____

Pediatra di Libera Scelta _____

ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA A SOTTOPORMI AD UNO DEI SEGUENTI TEST (biffare una o più opzioni) E A TUTTE LE AZIONI CONSEGUENTI PREVISTE OVVERO RIPETIZIONE DEL TEST, ESECUZIONE DEL TAMPONE, SORVEGLIANZA E ISOLAMENTO DOMICILIARE

1. tampone antigenico rapido cromatografico

ACCETTAZIONE DELL'ESECUZIONE DEL TEST DICHIARO ALTRESI

- di aver preso visione e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'emergenza Covid-19 ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento ue 679/2016 rese disponibili e anche pubblicate sul sito istituzionale di So.Re.Sa. S.p.A. Pertanto, presto il consenso all'utilizzo dei dati personali sopra riportati nonché dei dati che saranno acquisiti nel corso delle indagini sierologiche per cui ho prestato consenso per le finalità strettamente connesse all'esecuzione dei test in oggetto e per tutte le attività di gestione dell'esito dell'indagine sierologica medesima nel rispetto delle disposizioni nazionali ed europee vigenti come emendate per le esclusive necessità di gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19
- di aver preso visione dell'informativa relativa al test rapido
- di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- di esprimere il mio consenso alla partecipazione al test rapido per ricerca in diagnostica di SARS-COV-2;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se sottopormi o meno al test rapido;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso.
- di ESSERE consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO

DEVO

Recarmi immediatamente in quarantena presso il mio domicilio/presso altra località e di attendere disposizione/i ASL o MMG/PLS in merito ad eventuali ricoveri in ambiente idoneo e rispettare tutte le azioni conseguenti previste ovvero ripetizione del test, esecuzione del tampone, sorveglianza e isolamento domiciliare

CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, esprimo il consenso alla trasmissione via e-mail del risultato del test sierologico e dell'eventuale tampone sulla piattaforma regionale e-Covid Sinfonia. A tal fine, chiedo che il predetto invio sia eseguito all'indirizzo e-mail sopra dichiarato, sollevando contestualmente la Farmacia da ogni responsabilità per la perdita o l'eventuale acquisizione indebita della documentazione da parte di terzi e/o per gli altri eventi che determinino la perdita del referto, dovuti a negligenza del sottoscritto (ad esempio, per mancata custodia delle credenziali di accesso etc..).

Dichiaro di aver letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali (Ver. 1 del 3.4.2020) dell'Unità di Crisi regionale per l'emergenza Covid-19 esposta nei locali della Farmacia.

Luogo e data

Firma leggibile _____

IN CASO DI MINORE, dichiaro altresì di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della finalità e modalità di esecuzione del test oppure di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data

Firma leggibile _____