|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Consenso per la ricerca scientifica in ogni sua forma** |  |

Io sottoscritto/a.................................................................................., nato/a a................................................ e residente in................................................................................, via/piazza.............................................................................. c.f……………………………………….……………… in proprio, ovvero: in qualità di rappresentante legale di (nome e cognome) ....................................................................................., nato/a a ........................................................., il ................................., residente in ……………………………………............................................................. c.f...............................................................................……..

DICHIARO

* di aver preso visione dell’informativa dell’ASST Valle Olona in materia di “Didattica e Sperimentazioni” (di seguito “l’Informativa dell’ASST Valle Olona) e di aver compreso sia le informazioni in essa contenute sia le informazioni integrative fornite in forma orale dal personale addetto alla sperimentazione;
* di aver ricevuto l’informazione in modo dettagliato e comprensibile dal medico che mi assiste e di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le domande che ho ritenuto opportuno porre;
* di essere consapevole di poter cambiare opinione in qualsiasi momento in merito al trattamento dei mie dati personali e categorie particolari di dati personali comunicando la volontà di revocare il consenso con comunicazione scritta;
* di essere stato posto/a a conoscenza, per iscritto e oralmente, di tutti i diritti esercitabili ai sensi degli art.li 15-22 del Regolamento UE n. 679/2016, e alle raccomandazioni del Garante per la Protezione dei Dati Personali;

AUTOCERTIFICO

(barrare con una X la casella di interesse e apporre una firma negli spazi sottostanti)

* di essere genitore che sottoscrive il modulo in assenza dell’altro e quindi sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto prevede l’art. 46 del DPR n. 445/2000, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale,
* di essere rappresentante legale e quindi sotto la mia personale responsabilità, consapevole di quanto prevede l’art. 46 del DPR n. 445/2000, di aver titolo per manifestare la volontà dell’interessato,

AUTORIZZO

(barrare con una X la casella di interesse e apporre una firma negli spazi sottostanti)

* al trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati personali per i trattamenti di dati nell’ambito della sperimentazione clinica di medicinali / studio osservazionale di seguito specificato:

………………………………………………………………………………………………………………………..

* al trattamento - necessario allo svolgimento, da parte del Centro xxxxxxxxxx, della sperimentazione illustrata nel dettaglio ai punti xxxxxxxxxxxxxx dell’apposito “foglio informativo” descrittivo della sperimentazione dei propri dati personali e sanitari, che avverrà per le finalità, nelle forme e nei modi specificamente descritti ai punti xxxx dell’informativa dell’ASST Valle Olona relativa alla Didattica e Sperimentazioni;
* al trasferimento [eventualmente: fuori dal territorio dello Stato, diretto verso il seguente Paese non appartenente all’Unione Europea che non garantisce un adeguato livello di protezione dei dati personali: ........................................] e all'ulteriore trattamento dei dati personali oggetto di trattamento, descritto al punto xxxx dell’informativa dell’ASST Valle Olona, che verrà effettuato presso la/e seguente/i struttura/e come meglio precisato al punto xxxx dell’informativa stessa.

data |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_