

INFORMAZIONI E CONSENSO

TEST SIEROLOGICI OPERATORI PER INDAGINE DI SIEROPREVALENZA SUGLI OPERATORI SCOLASTICI

Gentile Signora, Egregio Signore,
nell'ambito delle attività di controllo dell'epidemia Covid-19, la Regione Lazio ha avviato un programma per l'esecuzione di test sierologici a tutto il Personale a qualsiasi titolo impiegato nel comparto scuola all'interno di indagini di sieroprevalenza.

Cosa sono i test sierologici.

Quando una persona è contagiata dal virus SARS-Cov 2, il Coronavirus che causa la malattia COVID-19, nel suo sangue compaiono dopo pochi giorni gli anticorpi. La rilevazione di questi anticorpi che permangono nel sangue per un periodo di tempo più o meno lungo, anche ad avvenuta guarigione, avviene attraverso il ricorso di test sierologici. Considerato che nella maggioranza dei casi l'infezione si manifesta con sintomi lievi o assenti, si ritiene utile l'utilizzo di test sierologici, anche se al momento non sono accurati, per capire quanto si è diffuso il virus dall'inizio dell'epidemia.

Cosa significa un test sierologico.

Un test sierologico positivo indica il fatto che l'organismo è venuto a contatto con il virus SARS-Cov 2. Una persona con un test positivo si deve sottoporre ad un tampone nasofaringeo per escludere che ci sia un'infezione in atto. Se il test sierologico è positivo ed il tampone negativo vuol dire che l'infezione è guarita, ma non possiamo oggi essere sicuri del fatto che questa persona non possa contagiarsi nel futuro.

Cosa significa un test negativo.

Un test sierologico negativo indica con un elevato livello di probabilità che l'organismo non è venuto a contatto con il virus SARS-Cov 2, ma non è assoluta garanzia dell'assenza di infezione da SARS-Cov 2.

In cosa consiste la sua partecipazione al programma.

Se accetta di partecipare a questo programma, Le sarà prelevata una piccola quantità di sangue per eseguire un test sierologico per SARS-Cov 2. Se il test risulterà positivo sarà eseguito un prelievo di secrezioni respiratorie dal naso e dalla gola (tampone) per la ricerca del virus. In caso di positività al tampone, Lei dovrà essere posto in isolamento – nel suo domicilio o presso altra struttura – e dovrà seguire le istruzioni del suo medico curante per i provvedimenti più opportuni nel suo caso. Raccoglieremo e registreremo i suoi campioni in questo programma insieme ai suoi dati personali. La sua partecipazione a questo programma è volontaria ed un suo eventuale rifiuto a partecipare non comporterà conseguenze.

ADESIONE E CONSENSO AL PROGRAMMA

Io sottoscritto _____ nato/a a _____ Prov _____

In data _____ e residente in _____

L'adesione all'indagine è individuale e volontaria.

Manifesto la volontà ad aderire al programma illustrato per il tramite del datore di lavoro o suo delegato:

(FIRMA LEGGIBILE) _____

Il Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei dati n. 2016/679 ed il Codice Privacy (D.Lgs. 196/2003, aggiornato dal D.Lgs. 101/2018) riconoscono e disciplinano il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale. Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute, effettuati da questa Struttura Sanitaria, secondo la predetta normativa.

- **Titolare del trattamento** è la ASL ROMA 4 con sede in Via Terme di Traiano n. 39/a, Civitavecchia (RM), in persona del Direttore Generale pro-tempore Dr. Giuseppe Quintavalle;



- **Responsabile della Protezione dei Dati personali** è Scudo Privacy S.r.l., C. F. / P. IVA 14769431009, con sede legale in Via di Valle Lupara, 10, 00148 Roma (RM), individuabile nella persona del Dott. Carlo Villanacci, quale DPO esterno, raggiungibile tramite i seguenti contatti: tel.: +39 06/3221675, e-mail: c.villanacci@scudoprivacy.it , PEC: scudoprivacy@legalmail.it

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La ASL ROMA 4 è Azienda del Servizio Sanitario Regionale del Lazio deputata ad effettuare indagine di sieroprevalenza e tamponi molecolari ed è autorizzata a trattare i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali previste dall'anzidetto programma.

Il trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda è finalizzato a:

- tutelare la Sua salute e la Sua incolumità fisica;
- tutelare la salute e l'incolumità fisica di altre persone o della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica;
- svolgere attività di formazione e didattica;
- svolgere attività di ricerca scientifico-statistica e/o di prevenzione;
- prescrivere farmaci ed esami sanitari;
- accertare e certificare il Suo stato di salute e provvedere a tutti gli altri adempimenti, anche amministrativi e contabili correlati all'espletamento delle attività istituzionali connesse alla finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO

I dati personali, sensibili ed idonei a rilevare lo stato di salute che La riguardano saranno trattati in conformità con quanto previsto e disciplinato dal Regolamento mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità già esplicitate, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa o previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell'esecuzione dell'attività svolta e/o richiesta.

Quando Lei accede ad una delle strutture dell'Azienda per una prestazione sanitaria, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, Le vengono chiesti da parte degli operatori i dati personali (nome, cognome, codice fiscale, tipo di esenzione, etc.) necessari ed obbligatori per provvedere ad erogare e/o prenotare la prestazione richiesta (ad esempio assegnazione del medico di base, prenotazione della visita, etc).

In caso di prenotazione di visita attraverso il sistema CUP o in altra occasione di contatto con l'Azienda, oltre ai sopra citati dati personali, Le potrà essere richiesto anche un numero di telefono personale, fisso o cellulare, ed un indirizzo e-mail che potranno essere utilizzati, fino a Sua diversa indicazione, per confermarLe o ricordarLe il giorno della prenotazione o per avvisarLa in caso di annullamento della visita o per finalità di prevenzione e di tutela di sanità collettiva e igiene pubblica. In caso di ricovero ospedaliero, i Suoi dati anagrafici ed i dati relativi al reparto in cui Lei è ricoverato/a saranno trattati per agevolare l'accesso ai reparti di degenza da parte dei visitatori; nel caso in cui Lei non intenda renderli disponibili, può manifestare l'eventuale specifico dissenso all'atto del ricovero.

I dati da Lei rilasciati all'Azienda verranno trattati esclusivamente dal personale debitamente autorizzato e istruito dal Titolare, e saranno conservati in luogo idoneo ed appropriato, tutelandone la riservatezza, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Potranno inoltre essere trattati da imprese esterne, previamente nominate quali "responsabili esterni" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell'Azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra.



Si informa che non esiste presso l'Azienda alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

VIDEOSORVEGLIANZA

In alcuni locali della ASL ROMA 4 e lungo alcune aree perimetrali è attivo un sistema di videosorveglianza per ragioni di tutela della salute e sicurezza dei degenti, dei visitatori e del personale, nonché del patrimonio aziendale, adeguatamente segnalato da appositi cartelli informativi e gestito nel pieno rispetto di quanto stabilito nel Provvedimento in materia di videosorveglianza dell'8 aprile 2010 dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

CONFERIMENTO DATI

Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell'ASL ROMA 4 è facoltativo, ma necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra indicate. Fatto salvo il superiore diritto alla salute dell'individuo, l'eventuale rifiuto di conferire in tutto o in parte i dati richiesti o la successiva richiesta di cancellarli potrebbe comportare per l'ASL l'impossibilità di eseguire o continuare, in tutto o in parte, l'attività richiesta o comunque inerente e/o conseguente allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

COMUNICAZIONE DEI DATI

I suoi dati, inclusi quelli relativi alla Sua storia clinica, potranno essere comunicati, quando ciò risulti necessario in relazione all'erogazione della prestazione o allo svolgimento dei compiti istituzionali attribuiti all'Azienda, a medici convenzionati, strutture convenzionate, altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, farmacie convenzionate, altri soggetti pubblici e privati, nei soli casi previsti da una norma di legge o di regolamento, nel rispetto della normativa vigente, oppure su Sua specifica richiesta o indicazione.

I Suoi dati in ogni caso non potranno essere oggetto di diffusione né verranno trasferiti in Paesi Terzi o organizzazioni internazionali.

TEMPO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute da Lei forniti e/o prodotti dall'Azienda verranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica, verranno conservati a tempo indeterminato. Le restanti tipologie di trattamento dati che l'Azienda può effettuare per l'assistito e il periodo di conservazione di ciascuna tipologia di dati sono indicati dalla normativa vigente e da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni in base alla tipologia stessa, a meno che Lei abbia dato il consenso al loro inserimento nel Dossier Sanitario elettronico e nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

I SUOI DIRITTI

In ogni momento Lei potrà essere esercitati i diritti previsti dagli articoli 15 (*Diritto di accesso dell'interessato*), 16 (*Diritto di rettifica*), 17 (*Diritto alla cancellazione ovvero diritto all'oblio*), 18 (*Diritto di limitazione di trattamento*), 20 (*Diritto alla portabilità dei dati*) del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, secondo le modalità e le condizioni in essi indicate.

Per far valere i Suoi diritti, potrà inviare una richiesta all'ASL ROMA 4, Titolare del trattamento, presentando una domanda scritta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) urp@aslroma4.it o alla Direzione Generale, Via Terme Di Traiano, 39/a - 00053 Civitavecchia (ROMA)

Qualora dovesse ritenere che la ASL ROMA 4 effettui trattamenti di Suoi dati personali in violazione di quanto previsto dal Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

**Espressione del consenso al trattamento di dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini
Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (REG. UE 2016/679).¹**

1. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto nato a il
.....

Residente a.....(prov.), in via
.....

dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione.

2. MODALITA' DI COMUNICAZIONE:

All'atto del prelievo, il personale comunicherà all'interessato la password per il ritiro del proprio referto direttamente sulla Piattaforma della Regione Lazio .

3. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

(data) _____

(firma leggibile)

(firma dell'operatore)