



**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 PER I TRAPIANTATI DI ORGANO
E CANDIDATI A TRAPIANTO**

Il/La sottoscritto/a _____ data di nascita _____
Luogo di nascita _____ residenza/domicilio _____
Telefono _____ documento di riconoscimento _____
N° _____ codice fiscale _____.

DICHIARA

- di aver letto e compreso, dopo essermi stata illustrata in una lingua a me nota, la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia;
- di aver riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2 da me compilata in modo veritiero;
- di aver posto, in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, tutte le domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- di essere stato correttamente informato con parole a me chiare, in merito alle modalità e le alternative terapeutiche; odi aver correttamente compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose;
- di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate. In caso di reazione avversa, il sottoscritto contatterà immediatamente il personale sanitario
- di acconsentire ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino individuato per il mio target di categoria e, nello specifico:

Bari 27/03/2021

Firma della persona che accetta/rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
Cognome e nome _____	Cognome e nome _____
Ruolo _____	Ruolo _____
Firma _____	Firma _____

Dose	Sito di iniezione	Lotto	Data di scadenza	Data di somministrazione	Ora di somministrazione	Firma del personale che esegue la vaccinazione
1	Deltoide dx Deltoide sx			27/03/2021		
2	Deltoide dx Deltoide sx					



ALLEGATO 1 AL MODULO DI CONSENSO

ANTI COVID-19 PER INFORMATIVA

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

I vaccini "COVID-19 Vaccine Moderna", "Pfizer-BioNTech COVID-19" e "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" sono usati al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2. I vaccini "COVID-19 Vaccine Moderna" e "Pfizer-BioNTech COVID-19" inducono il nostro organismo ad attivare un meccanismo di protezione (quale la produzione di anticorpi) capace di prevenire l'ingresso nelle nostre cellule del virus responsabile di COVID-19 e di prevenire quindi l'insorgere della malattia. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" stimola le difese naturali dell'organismo (il sistema immunitario) a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati che agiscono contro il virus, fornendo così protezione contro COVID-19. Nessuno dei componenti di questi vaccini può provocare COVID-19.

SOMMINISTRAZIONE

Il vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna" può essere somministrato a partire dai 18 anni d'età. Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" può essere somministrato a partire dai 16 anni d'età. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" è somministrato ad adulti di età pari o superiore a 18 anni. Al momento sono disponibili dati limitati sull'efficacia di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" in soggetti di età pari o superiore a 55 anni.

In base alle attuali conoscenze scientifiche la somministrazione dei vaccini "COVID-19 Vaccine Moderna", "Pfizer-BioNTech COVID-19" e "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" non può essere raccomandata né controindicata alle donne in gravidanza e in fase di allattamento. La somministrazione dei vaccini "COVID-19 Vaccine Moderna", "Pfizer-BioNTech COVID-19" e "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" potrà essere effettuata solo successivamente all'analisi, caso per caso con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto e il neonato. Non è noto se "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" sia escreto nel latte materno.

MODI E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE

Il vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna" è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di almeno 28 giorni l'una dall'altra. Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" è somministrato mediante iniezione nella parte alta del braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di almeno 21 giorni l'una dall'altra. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" è somministrato mediante iniezione per via intramuscolare, preferibilmente nel braccio. Esso richiede 2 dosi, a distanza di 4-12 settimane (da 28 a 84 giorni) l'una dall'altra. Se viene somministrata la prima iniezione di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca", per completare il ciclo di vaccinazione anche la seconda iniezione dovrà essere con "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare. Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.

AVVERTENZE

Possono essere necessari fino a 14 (quattordici) giorni dopo la seconda dose del vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna" per sviluppare la protezione contro il COVID-19.

Il vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna" potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 95% e potrebbe essere inferiore in persone con problemi immunitari. Possono essere necessari fino a 7 (sette) giorni dopo la seconda dose del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" per sviluppare la protezione contro il COVID-19.

Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 95% e potrebbe essere inferiore in persone con problemi immunitari.

La protezione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" inizia da circa 3 settimane dopo la prima dose di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". I vaccinati potrebbero non essere completamente protetti fino a 15 giorni dopo



la somministrazione della seconda dose. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 59,5% e potrebbe essere inferiore in persone con comorbidità e problemi immunitari. Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi dei vaccini, si raccomanda di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.

PRINCIPIO ATTIVO

Il vaccino COVID-19 Vaccine Moderna contiene un RNA messaggero che non può propagare sé stesso nelle cellule dell'ospite, ma induce la sintesi di antigeni del virus SARS-CoV-2 (che esso stesso codifica). Gli antigeni S del virus stimolano la risposta anticorpale del vaccinato con produzione di anticorpi neutralizzanti.

Il vaccino contiene inoltre i seguenti eccipienti:

- Lipide SM-102
- Colesterolo
- 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC)
- 1,2-dimiristoil-rac-glicero-3-metossipoliethylenglicole-2000 (PEG2000 DMG)
- Trometamolo
- Trometamolo cloridrato
- Acido acetico
- Sodio acetato triidrato
- Saccarosio
- Acqua per preparazioni iniettabili

Il vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" contiene un RNA messaggero che non può propagare se stesso nelle cellule dell'ospite, ma induce la sintesi di antigeni del virus SARS-CoV-2 (che esso stesso codifica). Gli antigeni S del virus stimolano la risposta anticorpale del vaccinato con produzione di anticorpi neutralizzanti. RNA messaggero è racchiuso in liposomi formati da ALC-0315 e ALC-0159 per facilitare l'ingresso nelle cellule.

Il vaccino contiene inoltre altri eccipienti:

- 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine
- Colesterolo
- sodio fosfato bibasico diidrato
- fosfato monobasico di potassio
- cloruro di potassio
- cloruro di sodio
- saccarosio
- acqua per preparazioni iniettabili Una dose (0,5 ml) di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" contiene non meno di $2,5 \times 10^8$ unità infettive di un vettore rappresentato da un Adenovirus di scimpanzé (coltivato su cellule renali embrionali umane) modificato con tecnologia del DNA ricombinante in modo da codificare la glicoproteina spike del SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S).

Sono inoltre presenti i seguenti eccipienti:

- L-istidina
- L-istidina cloridrato monidrato
- Magnesio cloruro esaidrato
- Polisorbato 80 (E 433)
- Etanolo
- Saccarosio
- Sodio cloruro
- Disodio edetato (diidrato)
- Acqua per preparazioni iniettabili

Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 stimola gli anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari, che possono contribuire alla protezione contro COVID-19.

EFFETTI INDESIDERATI

Il vaccino **COVID-19 Vaccine Moderna** può causare le seguenti reazioni avverse.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI
Piazza G. Cesare, 11 - 70124 BARI

Molto comuni (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- dolore, arrossamento, gonfiore nel sito di iniezione
- stanchezza
- mal di testa
- dolori muscolari
- brividi
- dolori articolari
- febbre
- ingrossamento dei linfonodi
- nausea/vomito

Comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 10):

- eruzione cutanea in sede di iniezione
- arrossamento in sede di iniezione
- orticaria in sede di iniezione

Non comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- prurito in sede di iniezione

Rare (possono interessare fino a 1 paziente su 1000)

Sono state segnalate alcune rare reazioni avverse in seguito alla somministrazione del vaccino COVID-19 Vaccine Moderna durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici, che riguardano

- Paralisi facciale periferica acuta
- Gonfiore del viso

Frequenza non nota (eventi molto rari)

- Reazione allergica grave (anafilassi)
- Reazione di ipersensibilità

Il vaccino **Pfizer-BioNTech COVID-19** può causare le seguenti reazioni

avverse. Molto comuni (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- dolore, arrossamento, gonfiore nel sito di iniezione
- stanchezza
- mal di testa
- dolori muscolari
- brividi
- dolori articolari
- febbre

Non comuni (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- ingrossamento dei linfonodi

Rare

Sono state segnalate alcune rare gravi reazioni allergiche in seguito alla somministrazione del vaccino Pfizer- BioNTech COVID-19 durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici.

I sintomi di una reazione allergica includono:

- orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose);
- gonfiore del viso, della lingua o della gola;
- respirazione difficoltosa.



ANTI COVID-19 SCHEDA DI ANAMNESI VACCINALE

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

COGNOME _____ NOME _____

DATA DINASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

ANAMNESI GENERALE

- | | | |
|--|--------------------------|--------|
| 1. Attualmente è malato? | SI | NO |
| 2. Ha febbre? | SI | NO |
| 3. Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? | | |
| 4. Se sì, specificare: | SI | NO |
| 5. Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | SI | NO |
| 6. Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | SI | NO |
| 7. Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | SI | NO |
| 8. Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | SI | NO |
| 9. Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | SI | NO |
| 10. Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | SI | NO |
| 11. Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? | SI | NO |
| 12. Se sì, quale/i? | | |
| 13. Per le donne: | | |
| a. è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | SI | NO |
| b. sta allattando? | SI | NO |
| 14. Trapianto di/ in lista d'attesa per trapianto di | <input type="checkbox"/> | fegato |
| | <input type="checkbox"/> | rene |
| | <input type="checkbox"/> | cuore |
| 15. Data trapianto _____ | | |

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:



INFORMATIVA E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Gentile Utente,

in virtù del Piano Strategico "*Vaccinazione anti-SARS-COV-2/COV/019*" l'A.O.U. Policlinico di Bari ha dovuto intraprendere una serie di misure a tutela della salute dei cittadini. L'adesione alla campagna vaccinale comporta anche un'attività di studio e di sorveglianza nella quale saranno trattati i suoi dati personali e anche particolari (c.d. sensibili). Per tale motivo con la presente informativa, ai sensi dell'art. 13 GDPR, il Policlinico Le fornisce le informazioni relative allo specifico trattamento dei dati personali effettuati in occasione dell'acquisizione delle informazioni personali in relazione alla campagna di vaccinazione SARS-COV-2/COVID - 19.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari, ai sensi della normativa che si occupa della protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 articoli 13 e 14), è tenuta a fornirle precise informazioni, sull'utilizzo che verrà fatto dei Suoi dati personali o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale.

1. Chi determina le finalità ed i mezzi del trattamento dei dati personali?

L'A.O.U. Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari, con sede legale in Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari, tel. 080-5592656 e-mail direzione.generale@policlinico.ba.it - PEC - direzione.generale.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it in qualità di Titolare del trattamento, è responsabile nei Suoi confronti del legittimo e corretto uso dei dati personali e particolari da Lei direttamente forniti e occasionalmente forniti da terzi (per esempio anagrafe regionale, Medico di Medicina Generale, ecc.)

2. Chi deve vigilare sul rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati?

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è la persona a cui Lei potrà rivolgersi per avere informazioni e segnalare eventuali problemi o disguidi inerenti i Suoi dati personali. L'RPD nominato dalla nostra azienda è contattabile mediante l'invio di una lettera indirizzata a Responsabile Protezione Dati - A.O.U. Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari - Piazza Giulio Cesare 11- 70124 BARI ovvero tramite email al seguente indirizzo di posta elettronica certificata RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it o telefonicamente tel. 080/5595.644 - 080.5592.658

3. Tipologia di dati trattati

Con riferimento al trattamento oggetto della presente informativa, il personale sanitario, dipendenti del Policlinico in qualità di soggetti autorizzati al trattamento e debitamente istruiti provvederanno ad acquisire le informazioni necessarie per garantire la salute e l'incolumità della collettività, come da disposizioni emanate da enti sovraordinati. Per tale motivo saranno acquisiti i seguenti dati personali anche particolari (c.d. sensibile) : - dati personali e di contatto, note anamnestiche e altre informazioni necessarie per la finalità di trattamento .

4. Per quali finalità trattiamo i Suoi dati?

Il trattamento dei suoi dati personali e "particolari" sarà effettuato esclusivamente per le finalità di seguito esposte:

4.1. Tutela della salute della collettività

Tutela della salute dei cittadini e degli operatori sanitari e assimilati impegnati nei servizi erogati dall'Azienda.

- A. Prevenzione vaccinale e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con l'interessato (accettazione, prenotazione vaccinazione, ecc...);
- B. Comunicazione delle informazioni sul suo stato vaccinale (es. familiari) indicati specificamente dall'interessato;
- C. Comunicazioni agli enti competenti secondo quanto previsto dalle disposizioni normative sull'obbligo vaccinale;
- D. Comunicazioni al medico competente e registrazione dell'avvenuta vaccinazione nel sistema GIAVA;
- E. Ottemperare agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria in particolare in materia di igiene e sanità e dall'Istituto Superiore di Sanità.



4.2. Raccolta a fini statistici e di ricerca scientifica, indispensabili e parte integrante dei programmi vaccinali.

5. Base giuridica del trattamento?

Principi generali per la tutela e la salute nei luoghi di lavoro e dell'incolumità pubblica: Finalità 4.1A-B-C-D-E

- Art. 6 par. 1 lett. c) obbligo di legge (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019)
- Art. 9 par. 2 lett. b) assolvere obblighi ed esercitare diritti specifici del titolare o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della protezione della collettività e sicurezza sociale
- Art. 9 par. 2 lett. h) [...] il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva
- Art. 9 par. 2 lett. i) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria

Finalità 4.2

- f. Art. 6 par. 1 lett. a) consenso per i dati personali e di contatto
- g. Art. 9 par. 2 lett. a) consenso per i dati appartenenti alle categorie particolari (ex sensibili)

In ogni caso il trattamento avverrà sempre nel rispetto dei diritti e delle libertà dell'interessato assicurando che lo stesso sia proporzionato alla finalità perseguita, che sia salvaguardata l'essenza del diritto alla protezione dei dati e che siano previste misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato, nonché nel rispetto delle misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute disposte dall'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali prevedendo che il consenso, ove richiesto, venga manifestato liberamente.

6. A chi comunichiamo i suoi dati?

I dati potranno essere comunicati in ottemperanza alla specifica normativa vigente a vari enti e/o soggetti quali ad esempio:

- a) soggetti ai quali l'A.O.U. Policlinico di Bari ha affidato attività di trattamento, nei limiti e per le finalità esposte al punto 4, nominati soggetti autorizzati al trattamento ai sensi dell'art 29 e 32 del regolamento UE 2016/679 e dell'Art.2-quaterdecies D.lgs n° 101 del 10 agosto 2018 che ha integrato e modificato il D.lgs n° 196 del 30 giugno 2003
- b) altre Enti (ad es. le ASL di competenza della Regione Puglia, Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, Istituto Superiore Sanità, Osservatorio Epidemiologico, ecc.)
- c) soggetti ai quali l'A.O.U. Policlinico di Bari ha affidato attività di trattamento, nei limiti e per le finalità esposte al punto 4, nominati responsabili esterni ai sensi dell'art 28 del regolamento UE 2016/679

I dati oggetto del trattamento, in quanto idonei a rivelare lo stato di salute non saranno diffusi.

7. Per quanto tempo conserviamo i Suoi dati?

Per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali presenti nei documenti amministrativi e sanitari è stato preso come riferimento il progetto della Direzione Generale archivi per la buona tenuta degli archivi delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane.

I dati personali e particolari acquisiti durante le attività previste per la campagna di vaccinazione saranno conservati per un periodo di tempo illimitato nel rispetto della specifica normativa.

I dati personali contenuti nei documenti amministrativi riguardanti le attività collegate alla gestione della campagna di vaccinazione saranno conservati per 10 anni. Tutta la documentazione sanitaria che eventualmente confluisca nel Dossier e nel Fascicolo Sanitario Elettronico sarà conservata fino a revoca da parte dell'interessato.

8. Quali obblighi abbiamo nei Suoi confronti?

Abbiamo l'obbligo di rispondere alle Sue richieste e, specificamente di consentirle di esercitare i Suoi diritti come di seguito esplicitato. Accesso: conoscere quali dati trattiamo, come e perché li trattiamo; Rettifica: correggere i dati personali inesatti, ove applicabile; Cancellazione (diritto all'oblio): non applicabile in ambito sanitario; Limitazione del trattamento : attuabile solo per alcune specifiche situazioni; Ricevere comunicazione in caso di rettifica, cancellazione, limitazione; Diritto alla portabilità dei dati: non applicabile per i trattamenti effettuati sulla base di una norma di legge o di regolamento e per i dati "derivati" quali ad esempio le valutazioni riguardanti lo stato di salute (referti e documentazione sanitaria in genere);



Diritto di opposizione : l'interessato ha il diritto di opporsi in qualunque momento al trattamento per finalità ulteriori a quelle direttamente o indirettamente connesse alla finalità della presente informativa, fatta salva l'esistenza di motivi legittimi che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà fondamentali dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; Diritto di revoca del consenso; Diritto di proporre un reclamo ad un'Autorità di Controllo: nel caso in cui ritenesse di non avere ricevuto risposte adeguate alle Sue richieste potrà rivolgersi all'Autorità Garante Privacy dello stato in cui risiede o lavora o proporre un ricorso dinanzi all'autorità giudiziaria

9. È obbligato a fornire i Suoi dati?

Il conferimento dei dati personali e particolari per la partecipazione alla campagna vaccinale è necessario per la gestione delle attività previste per la vaccinazione ed il monitoraggio. Il rifiuto comporterà l'impossibilità procedere con la vaccinazione. Mentre la negazione del consenso per l'attività di ricerca scientifica e di studio non le comprometterà l'adesione alla campagna vaccinale.

10. Da dove hanno origine i Suoi dati?

I dati personali necessari per la gestione delle attività direttamente o indirettamente connesse alle finalità descritte nella presente informativa sono forniti direttamente dall'interessato.

11. Reclamo all'autorità di controllo

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento UE 2016/679, Le ricordiamo che Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei dati personali), nel caso in cui ritenga che il trattamento che la riguarda violi le disposizioni del Regolamento medesimo.

12. Esistenza di processi decisionali automatizzati nel trattamento.

Si specifica che per il trattamento dei dati di cui sopra NON è presente nessun tipo di processo decisionale automatizzato, ai sensi dell'art. 22 del Regolamento UE 2016/679.

13. Trasferimento dati all'estero

Le informazioni personali acquisite non saranno trasferite in un paese estero al di fuori dell'U.E.

A chi rivolgersi e come esercitare i Suoi diritti?

Per far valere i suoi diritti come previsto al CAPO Iii del Regolamento 2016/679 (sinteticamente esplicitati al punto 8) può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali dell'AO.U. Policlinico di Bari. Piazza giulio Cesare, 11 - 70124 Bari tel. 080/5595.644 - 080/5592.658 e-mail RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it



Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR UE 2016/679

Preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del GDPR UE 2016/679, il sottoscritto _____
_____, nato a _____, il _____, CF _____
_____ in qualità di

interessato

esercente la potestà di genitore del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)

Padre _____, nato a _____, il _____

Madre _____, nata a _____, il _____

—

amministratore di sostegno dell'incapace naturale/rappresentante legale _____
_ nato a _____, il _____.

dà il proprio consenso
al trattamento dei dati per finalità indicate nell'informativa

nega il proprio consenso

dà il proprio consenso
al trasferimento dei dati a Istituzioni Nazionali e Regionali competenti in ambito sanitario e di ricerca
scientifica per finalità di sanità pubblica.

nega il proprio consenso

dà il proprio consenso
al trattamento dei dati per scopi di sperimentazione/ricerca nei limiti e con le modalità indicate
nell'informativa fornita con il presente documento.

nega il proprio consenso

Data **27/03/2021**

Firma _____