

***Informativa ai sensi degli artt. 13 e 79 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali"  
Autorizzazione al trattamento dei dati genetici del 13 dicembre 2012***

La MAGI'S LAB SRL in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" (c.d. Codice Privacy) e dell'Autorizzazione al trattamento dei dati genetici del 13 dicembre 2012, informa che:

- ♦ il trattamento dei dati personali si svolgerà nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità di ogni persona, rispettando scrupolosamente i principi di riservatezza e di sicurezza delle informazioni come richiesto dalla legge ed ispirandosi ai principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali sono raccolti e che MAGI'S LAB SRL ha fatto propri;
- ♦ i dati personali in ambito sanitario saranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità:
  - A. *prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e, comunque, al fine primario di tutelare la salute della persona assistita;*
  - B. *tutela dell'identità genetica dell'interessato e del proprio nucleo familiare, con particolare riferimento alle patologie di natura genetica;*
  - C. *adempimenti di legge connessi alle norme civili, contabili e fiscali;*
  - D. *di certificazione, con riferimento allo stato di salute;*
  - E. *di ricerca scientifica e analisi statistiche finalizzate alla tutela della salute della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico solo in presenza di esplicito consenso;*
  - F. *valutazione, anche allo scopo del miglioramento dei servizi offerti, con riferimento al grado di soddisfazione dei pazienti, purché strettamente connessa alle prestazioni erogate;*
- ♦ i dati saranno trattati con modalità sia manuale sia informatizzata nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le misure minime di sicurezza allo scopo di evitare rischi di perdita, distruzione o accesso da parte di persone non autorizzate;
- ♦ il trattamento dei dati è indispensabile sia per effettuare le prestazioni sanitarie richieste sia per la tutela della salute del paziente. Il consenso al trattamento dei dati verrà documentato dagli operatori sanitari, opportunamente autorizzati. Il mancato consenso al trattamento dei dati, con l'eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti dall'Autorità Pubblica (Autorità Giudiziaria, Prefetto, Sindaco, etc.), comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria;
- ♦ dall'esecuzione del test richiesto potrebbero essere ottenuti risultati inattesi (ad esempio informazioni su rapporti di consanguineità o relativi alla possibilità di sviluppare malattie su base genetica) che le saranno comunicati nel rispetto della sua dichiarazione di volontà di conoscere o meno tali eventi. Queste informazioni le verranno quindi fornite su sua indicazione evidenziando, tra esse, quelle eventualmente utili per la cura della sua salute o per consentirle di adottare una scelta riproduttiva consapevole;
- ♦ i dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione solo per le finalità indicate e nei limiti consentiti dalla normativa vigente:
  - ai Responsabili e agli Incaricati del trattamento di ciascuna Unità Operativa dell'Ente;
  - agli Enti o Organismi pubblici o privati che per legge, finalità istituzionali, regolamento, normativa comunitaria, hanno diritto o obbligo di conoscerli;
  - all'Autorità Giudiziaria e/o all'Autorità di Pubblica Sicurezza nei casi espressamente previsti dalla legge;
- ♦ i dati personali trattati ai fini di prevenzione, diagnosi, terapia o per finalità di ricerca scientifica, potranno essere utilizzati unicamente per tali finalità e per consentire al paziente una decisione libera e informata;
- ♦ i dati personali non saranno oggetto di alcuna diffusione;
- ♦ il Titolare del trattamento è MAGI'S LAB SRL, Via delle Maioliche, 57/D - 38068 Rovereto – Italia Tel. +39 0464.425634 – Fax +39 0464.425634
- ♦ alcuni trattamenti di dati personali potranno essere effettuati anche da soggetti terzi ai quali l'Ente affida talune attività. In tal caso, questi soggetti saranno designati Responsabili del trattamento e riceveranno adeguate istruzioni operative, con particolare riferimento all'adozione delle misure minime di sicurezza, al fine di poter garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati;
- ♦ ogni assistito è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy per cui, previa richiesta (mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica) rivolta al Titolare del trattamento può esercitare i propri diritti.

**Decreto Legislativo n. 196/2003**

**Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - dell'origine dei dati personali;
  - delle finalità e modalità del trattamento;

- o della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- o degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- o dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- o l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- o la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- o l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- o per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- o al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

#### **ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE**

Le analisi genetiche comprendono gli esami dei cromosomi, dei geni, dei loro prodotti o della loro funzione o di altro DNA, finalizzate ad individuare o ad escludere modificazioni del patrimonio genetico correlate ad una malattia o ad una resistenza alla malattia o al riconoscimento di profili caratteristici di una persona. Si rende noto che **MAGI'S LAB SRL** in alcuni casi può avvalersi di prestazioni di laboratori esterni per l'effettuazione di alcune fasi del processo di analisi. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, saranno considerati strettamente confidenziali e sottoposti ai vincoli della normativa vigente e del segreto professionale.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Doc.di riconoscimento \_\_\_\_\_

*DICHIARA* di aver ricevuto una dettagliata informazione sulla tutela dei dati personali e sugli aspetti genetici della condizione indagata e di avere compreso l'utilità ed i limiti delle analisi genetiche alle quali sarà sottoposto. *DICHIARA*, inoltre, di avere avuto il tempo e la possibilità di rivolgere tutte le domande e di avere ricevuto risposte esaurienti e comprensibili.

Esprime, pertanto, il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate e acconsente al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di:

**indicare il tipo di esame da eseguire:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto *DICHIARA* di:

Essere  **NON** Stato informato e di aver ricevuto l'informativa / consulenza Pre-Test specifica per il tipo di esame da eseguire (informativa sulla patologia, finalità, informazioni, possibili risultati, possibili limiti e sensibilità diagnostica del test)  
essere

Volere  **NON** essere informato sui risultati delle analisi genetiche a cui è stato sottoposto.  
volere

Volere  **NON** rendere partecipi dei risultati delle analisi eseguite le seguenti persone:  
volere  
cognome

nome: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

cognome nome: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Volere  **NON** Donare il materiale genetico estratto dal proprio campione biologico, affinché sia



**Mod 7.5.1-02  
CONSENSO INFORMATO**

volere utilizzato *in forma anonima*, per studi o ricerche scientifiche della MAGI'S LAB SRL o di altre Strutture Sanitarie ad esso collegate, senza fini di lucro.

Volere  **NON** volere che, in caso di esito negativo del test e qualora il Laboratorio disponga di nuovi mezzi di indagine per la patologia per la quale ho accettato il test, l'indagine venga sottoposta ad ulteriore approfondimento.

Volere  **NON** volere Conoscere gli eventuali risultati inattesi derivanti dal test genetico richiesto

Si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Direttore Sanitario che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI IN MINORI**

Io sottoscritto..... Padre del minore:.....

congiuntamente a:.....Madre del minore .....

nato/a.....il...../...../.....Residente in.....Prov.....CAP.....

Via.....n° .....Tel.....

**DICHIARO** di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia del minore o che ricorre nella sua famiglia e di aver compreso l'utilità ed i limiti della analisi genetica proposta per il minore; ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo al minore di materiale biologico per l'esecuzione dei test genetici di laboratorio

Relativi alla patologia: \_\_\_\_\_

**DICHIARO** inoltre di:

Volere  **NON volere** essere informato circa i risultati delle analisi

Volere  **NON volere** rendere partecipi i familiari del minore circa i risultati dell'analisi (restrizioni grado parentela/commenti\_\_\_\_\_)

Volere  **NON volere** rendere partecipe dei risultati dell'analisi il medico di famiglia Dott.

Volere  **NON volere** Donare il materiale genetico estratto dal proprio campione biologico, affinché sia utilizzato *in forma anonima*, per studi o ricerche scientifiche della MAGI'S LAB SRL o di altre Strutture Sanitarie ad esso collegate, senza fini di lucro.

Volere  **NON** volere che, in caso di esito negativo del test e qualora il Laboratorio disponga di nuovi mezzi di indagine per la patologia per la quale ho accettato il test, l'indagine venga sottoposta ad ulteriore approfondimento.

Volere  **NON** volere Conoscere gli eventuali risultati inattesi derivanti dal test genetico richiesto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_