

ALLEGATO 6



INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Percorso di *screening* sierologico regionale per COVID-19

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

L'Azienda USL di Parma, in qualità di titolare del trattamento, informa in ordine al trattamento dei dati personali condotto in occasione dell'esecuzione dei test sierologici per COVID-19 effettuati nell'ambito del percorso di *screening* della Regione Emilia-Romagna.

Sebbene l'adesione allo *screening* sia del tutto volontaria, il valore sanitario in termini di migliore conoscenza delle modalità di circolazione del virus e di rischio di diffusione in specifici ambiti di popolazione è un elemento di grandissima utilità nell'impostare le strategie di contrasto e prevenzione. Nel caso in cui alcune categorie di soggetti richiedessero una maggiore celerità di conclusione del percorso o risultassero coinvolte in contesti a maggior rischio, queste potranno essere sottoposte direttamente a test molecolare con tampone.

I dati sono trattati sia in modalità cartacea che informatizzata da parte di personale aziendale previamente autorizzato al trattamento e tenuto al segreto professionale o ad altro obbligo di segretezza, nel pieno rispetto dei principi di liceità, riservatezza, limitazione delle finalità, minimizzazione dei dati e limitazione della conservazione.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati persegue la finalità di prevenire la diffusione dell'epidemia e di ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione in soggetti coinvolti in particolari scenari o contesti lavorativi (operatori sanitari e socio-sanitari, soggetti che a diverso titolo entrano in contatto con ambienti sanitari, operatori pubblici della sicurezza, operatori del sistema dei trasporti pubblici, assistenti sociali comunali ed operatori, volontari ed altro personale che opera presso i centri estivi, altri soggetti che lavorano a stretto contatto con utenze ad alto rischio o alta sensibilità di volta in volta individuati). Attraverso il monitoraggio e la valutazione dei risultati emersi, sarà possibile apportare interventi migliorativi nell'attività di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica in atto nonché la messa in campo degli opportuni interventi di sanità pubblica.

La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento sono i motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 9, par. 2, lett. i) del Regolamento UE 2016/679), secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge dettate in materia di misure urgenti per fronteggiare e contenere l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e dalle indicazioni regionali volte ad incrementare l'efficacia delle misure precauzionali per contrastare l'epidemia.

DESTINATARI AI QUALI I DATI POSSONO ESSERE COMUNICATI

Il campione prelevato è analizzato dall'Istituto di Igiene dell'Università di Parma (in base ai volumi di attività, l'analisi potrebbe essere effettuata da laboratori di riferimento della rete autorizzati): il Servizio di Igiene Pubblica dell'Azienda USL, una volta ricevuto il risultato, il Servizio provvede alla comunicazione delle positività riscontrate ed alla attività di contact tracing disponendo i provvedimenti conseguenti di isolamento domiciliare fiduciario per i casi e di quarantena per i contatti stretti tramite comunicazione ai singoli interessati ed alla comunicazione complessiva degli esiti al soggetto richiedente rappresentante dell'Ente di appartenenza che avrà l'onere conseguente di tenere conto degli esiti delle indagini condotte nella gestione del servizio offerto all'utenza.

I dati aggregati dell'intero percorso, previa anonimizzazione, possono essere utilizzati a fini epidemiologici ed eventualmente comunicati alla Regione Emilia-Romagna per le opportune attività di programmazione, monitoraggio e valutazione dei risultati ad altri soggetti pubblici nei casi espressamente previsti dalla legge.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati sono conservati in modo sicuro per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o per motivi di interesse pubblico rilevante connesso allo svolgimento dei compiti del servizio sanitario nazionale, tra i quali la tutela della salute della popolazione.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

L'interessato può esercitare i diritti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 quali: il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguarda e, nel caso, ottenere l'accesso ai dati, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Nei soli casi previsti dalla legge, ha altresì il diritto di ottenere la cancellazione dei dati, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento. I diritti sono esercitabili con le modalità indicate sul sito www.ausl.pr.it

Se ritiene che il trattamento dei dati sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali, incluse le modalità per l'esercizio dei diritti, sono consultabili sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma: www.ausl.pr.it - sezione "Privacy"

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a _____ (prov _____) il _____ / _____ / _____

residente a _____ (prov _____) in via _____

documento identità n. (Carta Identità-Patente- Passaporto in originale) _____

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARO

di esercitare la potestà parenterale

di essere il legale rappresentante - (in forza di _____)

sul minore _____ nato/a il _____ e che l'altro genitore (cognome e nome) _____ non sottoscrive il presente modulo in quanto:

è informato e consenziente

non è possibile contattarlo nei tempi necessari

non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice

altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

PERTANTO

autorizzo il personale sanitario al prelievo ematico e/o tampone sul minore

non autorizzo il personale sanitario al prelievo ematico sul minore

FIRMA genitore / tutore legale

FIRMA

OPERATORE

per avvenuta identificazione

(luogo, data)