

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena**  
Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia  
Struttura Complessa di Radioterapia

### **Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali**

“Associazione tra parametri dosimetrici e incidenza di fratture pelviche in pazienti trattate con tecniche avanzate di radioterapia ad intento curativo per neoplasie ginecologiche”.

#### **Titolari del trattamento e relative finalità**

Il Centro di sperimentazione UOC Radioterapia dell' AOU di Modena che ha promosso lo studio che Le è stato descritto, in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (d.lgs. 211/2003) e alla normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018), tratteranno i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi alla sua storia clinica e ai trattamenti oncologici eseguiti esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Lo studio ha come obiettivo quello di osservare l' incidenza delle fratture pelviche nelle pazienti affette da neoplasia ginecologica trattate con radioterapia pelvica nella casistica modenese e di osservarne l' associazione tra incidenza e parametri dosimetrici specifici con tecniche radioterapiche avanzate.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi al Promotore e alle persone o società esterne che agiscono per loro conto, tra le quali la Dott.ssa patrizia Ferrazza, UOC Radioterapia Ospedale S. Chiara di Trento.

I dati personali che fornirà per le finalità che Le sono state descritte verranno trattati sulla base del Suo espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

Il trattamento dei dati personali relativi alla sua salute, alla sua storia clinica e ai trattamenti oncologici eseguiti è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di parteciparvi.

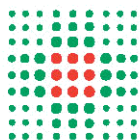
#### **Natura dei dati**

Il medico che La seguirà nello studio La identificherà con un codice: i dati che La riguardano raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del Suo nominativo, saranno trasmessi al Promotore, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, e ai Suoi dati personali come sopra specificati. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

#### **Modalità del trattamento**

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La Sua partecipazione

Versione n.0 Nota Informativa e Consenso al Trattamento Dati Personali\_Adulti Capaci-Studio No Profit del 20012022



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena**  
Policlinico

**Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia**  
**Struttura Complessa di Radioterapia**

allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali, il personale del Promotore o delle società esterne che eseguono per conto del primo il monitoraggio e la verifica dello studio, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che La riguardano, contenuti anche nella Sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della Sua identità.

### **Esercizio dei diritti**

Potrà esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, esercitare il diritto all'oblio e alla portabilità del dato, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati, Dott.ssa Giuseppina De Marco, tel. 0594222301.

Le ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei Suoi diritti in materia di protezione dei dati personali, potrà presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali e che i suoi dati verranno conservati esclusivamente per il tempo necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati.

*La durata dello studio è stimata in mesi 11.*

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore e l' UOC Radioterapia, Ospedale Santa Chiara di Trento per almeno sette anni dopo il completamento della sperimentazione, ovvero per un periodo di tempo più lungo in conformità alla disciplina applicabile. Ai sensi dell'art. 2 sexies del D.Lgs. 101/2018 la vigilanza sulle sperimentazioni riveste la qualifica di trattamento per motivi di interesse pubblico rilevante ai sensi dell'art. 9 paragrafo 2, lettera g) del Regolamento EU.

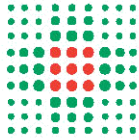
Potrà contattare il Data Protection Officer del Promotore per l' AOU di Modena al seguente indirizzo email: [dpo@aou.mo.it](mailto:dpo@aou.mo.it)

Potrà interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la Sua partecipazione allo studio: Non saranno inoltre raccolti ulteriori dati che La riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.

### **Consenso**

Sottoscrivendo tale modulo acconsento ☐ non acconsento ☐ al trattamento dei miei dati personali per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato** (in stampatello) \_\_\_\_\_



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena**

Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia  
Struttura Complessa di Radioterapia

**Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

*Ove applicabile*

Io, sottoscritto, \_\_\_\_\_ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al paziente sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, \_\_\_\_\_ ha acconsentito ☐

non acconsentito ☐ verbalmente al trattamento dei propri dati personali per le finalità descritte nel presente documento.

Nome e Cognome del testimone imparziale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del testimone imparziale** \_\_\_\_\_