

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(COPIA PER IL PARTECIPANTE)

Io sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nato/a a: _____ il: _____/_____/_____
(Comune) (Prov.) (gg/mm/aaaa)

presa visione di quanto sopra illustrato nel documento di "Informazioni", che è parte integrante di questo consenso, dichiaro di aver compreso le finalità del Registro Italiano ArtroProtesi (RIAP) e per questo:

esprimo il mio consenso a partecipare al Registro Italiano Artroprotesi (RIAP) per le finalità *scientifiche* del progetto

SÌ NO;

esprimo il mio consenso a partecipare al Registro Italiano Artroprotesi (RIAP) per le finalità di *tutela della salute* ovvero ad essere rintracciato tempestivamente nel caso in cui vengano segnalati problemi relativi al tipo di protesi a me impiantata

SÌ NO;

E

ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali EU 2016/679- GDPR, esprimo il mio consenso:

al trattamento dei miei dati personali e sensibili per le finalità del **Registro Italiano Artroprotesi (RIAP)** da parte del **Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero:**

e dell'**Istituto Superiore di Sanità.**

SÌ NO

Luogo e data

Firma

Dichiarazione del medico responsabile o persona da questi incaricata della raccolta dei consensi

Io sottoscritto/a: _____
(Cognome) (Nome)

confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto.

Luogo e data

Firma

RIFERIMENTI UTILI

LIVELLO	TITOLARI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI (A CUI RIVOLGERSI PER ESERCITARE I PROPRI DIRITTI)	DATA PROTECTION OFFICER (DPO)
Locale (Regionale/ Provinciale/ Aziendale/ Ospedaliero)	Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero:	Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero:
Nazionale	- Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma E-mail: protocollo.centrale@iss.it	- Istituto Superiore di Sanità: responsabile.protezionedati@iss.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(COPIA DA CONSERVARE A CURA DEL CENTRO CLINICO)

Io sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nato/a a: _____ (Comune) _____ (Prov.) il: _____/_____/_____
(gg/mm/aaaa)

presa visione di quanto sopra illustrato nel documento di "Informazioni", che è parte integrante di questo consenso, dichiaro di aver compreso le finalità del Registro Italiano ArtroProtesi (RIAP) e per questo:

esprimo il mio consenso a partecipare al Registro Italiano Artroprotesi (RIAP) per le finalità *scientifiche* del progetto

SÌ NO;

esprimo il mio consenso a partecipare al Registro Italiano Artroprotesi (RIAP) per le finalità di *tutela della salute* ovvero ad essere rintracciato tempestivamente nel caso in cui vengano segnalati problemi relativi al tipo di protesi a me impiantata

SÌ NO;

E

ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali EU 2016/679- GDPR, esprimo il mio consenso:

al trattamento dei miei dati personali e sensibili per le finalità del **Registro Italiano Artroprotesi (RIAP)** da parte del **Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero** :

e dell'**Istituto Superiore di Sanità**.

SÌ NO

Luogo e data

Firma

Dichiarazione del medico responsabile o persona da questi incaricata della raccolta dei consensi

Io sottoscritto/a: _____
(Cognome) (Nome)

confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto.

Luogo e data

Firma

RIFERIMENTI UTILI		
LIVELLO	TITOLARI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI (A CUI RIVOLGERSI PER ESERCITARE I PROPRI DIRITTI)	DATA PROTECTION OFFICER (DPO)
Locale (Regionale/ Provinciale/ Aziendale/ Ospedaliero)	Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero:	Centro di Riferimento Regionale/Provinciale/Aziendale/Ospedaliero:
Nazionale	- Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma E-mail: protocollo.centrale@iss.it	- Istituto Superiore di Sanità: responsabile.protezionedati@iss.it