



A.O. S. Croce e
Carle Cuneo



A.S.L. CNI

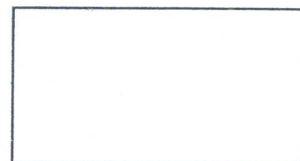
DOC_{SIMT} Interaziendale 001
QUESTIONARIO ANAMNESTICO,
CONSENSO INFORMATO E
IDONEITA' ALLA DONAZIONE

D.M.S. 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti

Servizio di
Immunoematologia e
Medicina Trasfusionale

Data di emissione:
01/04/2016
Revisione n. 2
Del 18/09/2018

Dati anagrafici del donatore



Cognome.....

Nome

Luogo di nascita..... Data di nascita

Sesso M F

Nazionalità.....

Residente a Via.....

Tel./Cellulare E-mail (facoltativo).....

Codice fiscale (facoltativo)

Medico curante **Isritto ad Associazione donatori:** NO SI quale:

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE
(D.D. 2 NOVEMBRE 2015 – Gazzetta ufficiale n. 300 del 28 dicembre 2015)

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice) e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati (Reg. UE n. 679/2016 "General Data Protection Regulation, GDPR), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi. Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge. I suoi dati personali non saranno diffusi. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 13 e segg. del GDPR (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti. Il Titolare del trattamento è il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (C.R.C.C) (rif. DGR n. 2-2278 del 4 luglio 2011), incardinato presso l'Azienda Sanitaria Locale ASL TO4 e precisamente in Piazza della Credenza, 2, 10015, Ivrea (Torino), nella persona del suo legale rappresentante. Il Responsabile del trattamento è identificato nel responsabile del Centro Trasfusionale (cioè del SIMT - Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale). Qualora Lei sia iscritto ad una Associazione di Donatori Volontari di Sangue, da Lei indicata nel precedente riquadro, i seguenti suoi dati personali e sensibili (dati anagrafici, numero di telefono, email, indirizzo, gruppo AB0 ed Rh stato di eventuale sospensione temporanea/definitiva dalle donazioni senza indicazione sui motivi sanitari della sospensione) saranno trasmessi all'Associazione da Lei indicata per le finalità di legge e la gestione associativa delle chiamate.

Io sottoscritto/a Nato/a il:.....

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento non acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data **Firma del donatore**

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e nome Qualifica.....

Data **Firma del sanitario**

