

CENTRO DI RICERCA DI FASE 1  	MODULO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI	Rev. 3	Pag. 1 / 3
		01/12/2020	
		URC-MO-020	

MODULO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI

Allegare:

- Fotocopia di un documento di identità
- Foglio Informativo e modulo di Consenso all'inserimento nel registro dei Volontari Sani (VS) e al trattamento dei dati

DATI ANAGRAFICI	
Nome	Cognome
Data di nascita/...../.....	Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
Luogo di nascita	Nazionalità
Etnia	
<input type="checkbox"/> asiatico <input type="checkbox"/> caucasico <input type="checkbox"/> indiano Americano o nativo dell' Alaska <input type="checkbox"/> ispanico\latino <input type="checkbox"/> nativo hawaiano o delle isole del Pacifico <input type="checkbox"/> nero o africano Americano	
Titolo di studio	
Professione.....	
<u>Residenza</u>	
Via/Piazzan°.....	
Città..... CAP.....	
<u>Domicilio (solo se diverso da residenza)</u>	
Via/Piazzan°.....	
Città..... CAP.....	
CONTATTI	
Tel. Fisso.....	
Cellulare.....	
e-mail.....	

Struttura Complessa Centro di Ricerca Fase 1	MODULO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI	Rev. 3	Pag.2 di 3
		01/12/2020	
		URC-MO-020	

ABITUDINI DI VITA

Segue una dieta particolare? No Si

Assume **regolarmente** farmaci e/o integratori ? No Si

Assume altre sostanze? No Si

E' fumatore? No Si Ex Fumatore

Assume alcolici? No Si Saltuariamente

INFORMAZIONI GENERALI

Altezza.....cm Peso.....Kg

Ha eseguito vaccinazioni? No Si

Ha eseguito vaccino antinfluenzale? No Si

Se si indicare quando eseguito ultima volta?

E' donatore di sangue? No Si data ultima donazione : .../.../.....

Ha mai effettuato un test sierologico per Covid-19? No Si

Data/...../..... Esito: Negativo Positivo

Soffre di allergie No Si Farmaci

Per le donne

E' in menopausa? No Si


Utilizza metodi contraccettivi? No Si

Se si indicare quale ?

Struttura Complessa Centro di Ricerca Fase 1	MODULO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI	Rev. 3	Pag.3 di 3
		01/12/2020	
		URC-MO-020	

INFORMAZIONI CLINICHE
<p>Soffre di patologie croniche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>
<p>Soffre di patologie autoimmuni? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>
<p>Ha\ ha avuto patologie oncologiche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>
<p>Soffre di problemi legati alla coagulazione\facilità al sanguinamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>
<p>Negli ultimi 6 mesi ha avuto patologie che hanno richiesto l'intervento del medico o il ricovero in ospedale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>
<p>Negli ultimi 6 mesi ha avuto patologie che hanno richiesto trasfusioni di sangue? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se si specificare:.....</p>

<p>Nome e Cognome compilatore _____</p> <p>Firma compilatore _____</p> <p>Data compilazione _____</p>

 <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale San Gerardo Regione Lombardia ASST Monza</p> <p>SC CENTRO DI RICERCA DI FASE 1</p>	<p>FOGLIO INFORMATIVO E MODULO DI CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI E AL TRATTAMENTO DEI DATI</p>	<p>Rev. 0 29/07/2020</p>	<p>Pag. 1 / 3</p>
		<p>URC-MO-023</p>	

Inserimento del registro dei volontari sani

I dati da Lei trasmessi con il modulo allegato (URC-MO-020) saranno inseriti nel registro dei Volontari Sani del SC Centro di Ricerca di Fase 1 dell'ASST Monza. L'inserimento nel registro non comporta alcun obbligo da parte Sua, e Lei ha il diritto di richiedere la cancellazione dei Suoi dati senza che questo abbia alcuna conseguenza sul suo rapporto con ASST Monza, o sul Suo diritto a ricevere cure o altri servizi erogati da questo Ente.

L'inserimento nel registro non comporta inoltre nessun beneficio economico per gli iscritti.

Lei potrebbe non essere mai contattato per partecipare ad uno studio; qualora fosse chiamato, Lei sarà libero di decidere se partecipare o meno allo studio che Le verrà proposto. Qualora dovesse decidere di non aderire ad un protocollo, potrà comunque rimanere in lista ed essere contattato per uno studio successivo.



Modalità di trattamento dei dati

Gentile utente, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – cd. GDPR, la informiamo su come tratteremo i Suoi dati personali.

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei Suoi diritti e potrà essere svolto in via manuale o in via elettronica o comunque con l'ausilio di strumenti informatizzati o automatizzati. Potrà consistere in qualsiasi operazione compiuta con o senza l'ausilio di processi automatizzati come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

La informiamo che i suoi dati personali e tutti i dati indicati nel modulo da Lei compilato saranno raccolti ed archiviati in forma cartacea ed elettronica e saranno utilizzati esclusivamente per l'aggiornamento del registro dei Volontari Sani.

Il Titolare dei dati è SC Centro di Ricerca di Fase che opera all'interno della ASST Monza, con sede in Via Pergolesi 33, 20900 Monza, nella persona del Direttore Generale suo Legale Rappresentante, avendo gli stessi sottoscritto un accordo di contitolarità a norma dell'art. 26 del GDPR. Può rivolgersi al Centro scrivendo all'indirizzo fisico sopra riportato o inviando una e-mail a dir.generale@asst-monza.it

  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale San Gerardo Regione Lombardia ASST Monza</p> <p>SC CENTRO DI RICERCA DI FASE 1</p>	FOGLIO INFORMATIVO E MODULO DI CONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL REGISTRO DEI VOLONTARI SANI E AL TRATTAMENTO DEI DATI	Rev. 0 29/07/2020	Pag.2 di 3
		URC-MO-023	

Presso ASST Monza è presente il Responsabile della Protezione Dati (d'ora in avanti: RPD) a cui potersi rivolgere per tutte le questioni relative al trattamento dei propri dati personali e per l'esercizio dei diritti derivanti dal GDPR. Il RPD può essere contattato all'indirizzo di posta elettronica dpo@asst-monza.it

Lei ha il diritto di richiedere in qualsiasi momento la situazione aggiornata dei dati registrati che la riguardano e la correzione di eventuali errori, nonché la cancellazione del Suo nominativo dal registro dei volontari sani. Per qualsiasi informazione sui Suoi dati è possibile contattare il inviare un'e-mail all'indirizzo dir.centroricerca@asst-monza.it.

Il Responsabile per l'archivio dei dati è il Direttore del SC Centro di Ricerca di Fase 1. L'archivio sarà accessibile solo al personale che opera all'interno della SC Centro di Ricerca di Fase 1: l'archivio cartaceo sarà posto in locale ad accesso limitato, mentre i dati elettronici e il registro dei volontari sani saranno conservati in un computer protetto da password. I dati saranno conservati fino alla richiesta di cancellazione da parte Sua.

Qualora Lei dovesse decidere di partecipare ad un protocollo di studio, i Suoi dati saranno trattati in forma codificata, e soltanto il personale che sarà coinvolto nello studio potrà avere accesso al file di decodifica e conoscere quindi il Suo nome e cognome; inoltre, il personale autorizzato del Comitato Etico Brianza, del Ministero della Salute e dello Sponsor che commissiona lo studio – che ha l'obbligo di verificare la corretta conduzione dello stesso – potrebbe dover accedere ai documenti clinici originali, e venire quindi a conoscenza del Suo nominativo, pur rimanendo vincolato dalle norme sulla riservatezza e dall'etica professionale a non rivelare ad altri la sua identità.

In ogni caso, prima di prendere parte ad uno studio Le verrà richiesto nuovamente il consenso al trattamento dei dati nonché all'utilizzo dei Suoi campioni biologici (sangue, cellule o frammenti di tessuto), previa adeguata informazione sulla tipologia dei dati/campioni raccolti e sul loro utilizzo.

CONSENSO INFORMATO

Ho letto e compreso le informazioni riportate nei paragrafi precedenti. Mi è stata data l'opportunità di porre domande ed ho ricevuto risposte soddisfacenti.

Acconsento, quindi, all'inserimento del Mio nominativo nel registro dei volontari sani presso Sc Centro di Ricerca di Fase 1 dell'ASST Monza e al trattamento dei Miei dati secondo le modalità descritte.

Dichiaro inoltre che i dati da me forniti corrispondono a verità.

Nome e Cognome del soggetto _____

Nato a _____ il _____

Firma del soggetto _____

Data della Firma _____