

Ai sensi del "Regolamento sulla protezione dei dati personali, UE 2016/679 (di seguito Codice), 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.

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.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt.16 e 17 del Codice, rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.

Il Titolare e responsabile del trattamento dei dati per l'UDR 17 Avis Palagonia e per le sue AA.OO. 17.1 - 17.2 - 17.3 - 17.4 - 17.5 - 17.6 - 17.7, sono i Presidenti pro tempore delle rispettive sedi Comunali.

Data _____ **Firma del sanitario** _____

ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE  AVIS <i>Comunale Di Palagonia</i> Via Bologna, 40 – Palagonia 95046 (CT) Cell 3938499456 - Mail : segreteria@avispalagonia.it	SCHEDA ANAMNESTICA DONATORE	CODICE DOCUMENTO	UDR – SAN – M - 07
		REVISIONE	Ed.III Rev. 00
		DAT REV.	30/09/2023

17.4

MINEO

Codice fiscale _____ Medico curante _____

☐ **Aspirante Donatore**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Etichetta
Barcode

1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)			
1.1	E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?	SI	NO
1.2	E' stato mai affetto da:		
1.2.1	Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI	NO
1.2.2	Malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI	NO
1.2.3	Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI	NO
1.2.4	Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici	SI	NO
1.2.5	Malattie respiratorie	SI	NO
1.2.6	Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI	NO
1.2.7	Malattie renali	SI	NO
1.2.8	Malattie del sangue o della coagulazione	SI	NO
1.2.9	Malattie neoplastiche (tumori)	SI	NO
1.2.10	Diabete	SI	NO
1.2.11	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	SI	NO
1.3	Ha mai avuto shock allergico?	SI	NO
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?	SI	NO
1.5	E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	SI	NO
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI	NO
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	SI	NO
1.8	E' vaccinato per l'epatite B?	SI	NO
2. Stato di salute attuale			
2.1	E' attualmente in buona salute?	SI	NO
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI	NO
2.3	Se no, quali malattie ha avuto e quando?		
2.4	Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?	SI	NO
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche?	SI	NO
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo ?	SI	NO
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	SI	NO
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o a interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	SI	NO
2.9	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	SI	NO
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi ?	SI	NO

3. Solo per le donatrici			
3.1	E' attualmente in gravidanza?	SI	NO
3.2	Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
3.3	Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso			
4.1	Ha assunto o sta assumendo:		
4.1.1	Farmaci per prescrizione medica	SI	NO
4.1.2	Farmaci per propria decisione	SI	NO
4.1.3	Sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	SI	NO
4.2	Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	SI	NO
4.3	E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	SI	NO
4.4	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	SI	NO
4.5	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	SI	NO
5.Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione			
5.1	Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili.	SI	NO
5.2	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	SI	NO
5.3	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI	NO
5.4	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI	NO
5.5	Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI	NO
5.6	Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI	NO
5.7	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	SI	NO
5.8	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):		
5.8.1	Con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI	NO
5.8.2	Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	SI	NO
5.8.3	Con un partner occasionale	SI	NO
5.8.4	Con più partner sessuali	SI	NO
5.8.5	Con soggetti tossicodipendenti	SI	NO
5.8.6	Con scambio di denaro o droga	SI	NO
5.8.7	Con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS e una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?	SI	NO
5.9	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:		
5.9.1	Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?	SI	NO
5.9.2	E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ?	SI	NO
5.9.3	Si è sottoposto a: a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili b) agopuntura con dispositivi non monouso c) tatuaggi d) piercing o foratura delle orecchie e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati	SI	NO
5.9.4	Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI	NO
5.9.5	E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?	SI	NO
Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.			
6 Soggiorni all'estero/province italiane			
6.1	E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i.	SI	NO
6.2	I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ?	SI	NO
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996 ?	SI	NO
6.4	E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?	SI	NO
6.5	Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro	SI	NO
6.6	Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove	SI	NO

7. Dichiarazione	
Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.	
Data _____ Firma del/della donatore/donatrice _____Firma del sanitari _____	

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE

1. Requisiti fisici per l'accettazione del candidato donatore

Età		Peso		Pressione arteriosa (mmHg)	max	min
			(Kg)			
Emoglobina	(g/dl)	Frequenza)	(batt/min)	FIRMA OPERATORE		

2. Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del candidato donatore	Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico
---	--

3. Giudizio di Idoneità

Il donatore risulta	Idoneo a donare il seguente emocomponente		Tipo		Volume	
	Escluso temporaneamente		Motivo			
	Escluso permanentemente		Motivo			
DATA		Firma del medico responsabile della selezione				

Consenso informato alla donazione di sangue intero, emocomponenti

mediante aferesi, cellule staminali periferiche

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a: _____

il: _____ Codice fiscale _____

dichiara di

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.
-

Data _____ Firma del/della donatore/donatrice _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome _____ Qualifica _____

Data _____ Firma del sanitario _____

	INFORMATIVA SULLA DONAZIONE	UDR – SAN – M – 08 Rev. 1 Del 01/02/2017
---	--	---

A.O. MINEO 17.4

Gentile amico, cortese amica,

Ringraziandola per aver deciso di donare, desideriamo informarLa su alcuni aspetti del Suo gesto:

La donazione è un gesto di grande altruismo volontario e gratuito, ma anche un atto sanitario soggetto a precise normative per garantire e tutelare la salute di donatore e ricevente. Per questo oggi si ricorre solo a donatori consapevoli e periodici, il cui stile di vita possa garantire la sicurezza del prodotto finale.

1.1 Il sangue è composto da cellule (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine) e da una parte liquida, detta plasma. Le cellule svolgono compiti diversi: i *globuli rossi* trasportano l'ossigeno, essenziale per la vita di tutto il corpo, i *globuli bianchi* ci difendono dalle infezioni, le *piastrine* concorrono ad arrestare le emorragie. Il *plasma* contiene delle proteine di vitale importanza, come l'albumina, le immunoglobuline ed altre molecole che intervengono nella coagulazione.

Numerosi pazienti necessitano di questi emocomponenti per sopperire alla loro mancanza, come nei pazienti oncologici, per trattare o per prevenirne la perdita nel corso di interventi chirurgici o altri trattamenti terapeutici, o in sostituzione dei propri se inefficaci, come avviene nei talassemici, per i quali la trasfusione di sangue è indispensabile per la loro stessa vita.

Ma non tutti i pazienti necessitano di tutti questi fattori nello stesso momento. Il Suo sangue, quindi, sarà scomposto nei diversi componenti e potrà essere utilizzato da diversi pazienti o utilizzato come materia prima per la produzione di farmaci emoderivati. Se lo desidera, può decidere in partenza di donare uno o solo alcuni di questi emocomponenti. I medici del Centro Trasfusionale saranno ben lieti di spiegarle come fare.

Durante il Suo periodo di permanenza nell'Unità di Raccolta porremmo la massima attenzione per tutelare la Sua salute e quella del paziente che riceverà la sua donazione.

1.3.1. Proprio per valutare le Sue condizioni di salute le porremmo delle domande contenute in un questionario, alle quali La invitiamo a rispondere con la massima sincerità e sarà sottoposto/a, prima della donazione, ad una visita medica e ad alcuni prelievi.

1.3.2. Il prelievo di sangue intero consiste nella semplice raccolta del sangue, prelevato da una vena del braccio, in un'apposita sacca di materiale plastico. Per la raccolta degli emocomponenti si utilizza invece una macchina (separatore cellulare) le cui caratteristiche di funzionamento trova dettagliate in una specifica nota informativa.

La donazione di sangue o di emocomponenti (globuli rossi, piastrine, plasma) non comporta alcun serio rischio per la Sua salute. Il giorno della donazione è però preferibile che Lei si astenga dallo svolgere lavori pesanti o hobbies pericolosi.

1.3.3. Deve sapere che esistono diverse malattie che possono essere trasmesse con il sangue. Alcune di queste, come l'AIDS e le epatiti, sono molto gravi ma non sempre si manifestano subito con sintomi chiari. Anzi, alcune volte non è possibile scoprirle nemmeno con le analisi di laboratorio.

1.3.4 Per questo non possono essere accettati alla donazioni colore che abbiano, o abbiano avuto di recente, comportamenti a rischio (assunzione di droghe, rapporti etero- ed omosessuali occasionali e/o promiscui).

1.3.5 La informiamo che sarà escluso dalla donazione qualora il medico addetto alla selezione rilevi una condizione per la quale essa possa avere effetti negativi sulla Sua salute.

1.3.6 Desideriamo informarla sul significato di alcune espressioni contenute nella documentazione che le è stata sottoposta:

«Consenso informato»: l'espressione della volontà di un soggetto avente potestà che, opportunamente informato, autorizza ad effettuare una specifica prestazione sanitaria. «Autoesclusione»: la procedura con cui il donatore decide di autoescludersi dalla donazione di sangue e emocomponenti sulla base del fatto che riconosce in se stesso una condizione patologica o il rischio di essersi esposto ad un agente infettivo.

«Esclusione temporanea»: condizione per la quale il donatore può essere riammesso alla donazione purché siano soddisfatti i criteri di sospensione definiti dalla normativa vigente.

«Esclusione permanente»: condizione per la quale il donatore non può essere ammesso o riammesso alla donazione nel rispetto della normativa vigente

1.3.7 La invitiamo a rivolgersi ai sanitari per il chiarimento di qualunque dubbio in qualunque momento della procedura di donazione.

1.3.8 Sappia che in qualunque momento della procedura potrà ritirarsi dalla donazione o rinviarla;

1.3.9 Le assicuriamo che, qualora i test di laboratorio ponessero in evidenza eventuali patologie, sarà informato in modo riservato e, se necessario, la Sua donazione non sarà utilizzata;

1.3.10 Ai fini della tutela della salute del paziente che sarà trasfuso con gli emocomponenti da Lei donati, La invitiamo a comunicarci tempestivamente eventuali malattie insorte dopo la donazione;

1.3.11 Ai fini della tutela della Sua salute e di quella del ricevente, La invitiamo a comunicarci tempestivamente eventuali reazioni inattese insorte successivamente alla donazione;

1.3.12 La informiamo che esiste la possibilità che alcune componenti da Lei donate possano essere impiegate per finalità diverse dall'uso trasfusionale, come, ad esempio, per finalità di ricerca, ad eccezione di quelle di natura genetica. In tal caso deve essere raccolto uno specifico consenso informato.

Firma del donatore per presa visione _____

Data _____

	ALLEGATO C INFORMATIVA E CONSENSO	Rev. 0 del 10/07/2018 Pag. 1 di 3
---	--	--

INFORMATIVA E MANIFESTAZIONE DI CONSENSO

Egr. Sig. /Gent.ma Sig.ra,

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.196/03 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'Associazione.

Le forniamo, inoltre, le seguenti informazioni:

1. Titolare del trattamento:

Titolare del trattamento dei dati è l'AVIS - Associazione Volontari Italiani del Sangue - AVIS Comunale di _____MINEO_____, con sede legale a _____MINEO_____, in via _____Maurici_ n. _7_, nella persona del Presidente e legale rappresentante *pro tempore* Dr. Maurizio Ceraulo domiciliato per la carica in Mineo alla Via Maurici, 7.

2. Responsabile della protezione dei dati (DPO):

Al momento il Titolare non ha designato un Responsabile della protezione dei dati (DPO).

3. Finalità del trattamento:

I dati personali, liberamente comunicati e da noi acquisiti in ragione dell'attività svolta, saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le seguenti finalità:

a) gestione del rapporto associativo e adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti o da norme civilistiche, assicurative, dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e/o da organi di vigilanza, per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'Atto Costitutivo, dallo Statuto e per le finalità istituzionali dell'AVIS Comunale di MINEO.

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali raccolti ha la finalità di provvedere alla gestione della donazione di sangue ed emocomponenti con riferimento al controllo dell'idoneità sanitaria e alla reperibilità dell'Interessato in particolare per:

- la richiesta di adesione all'Associazione;
- l'inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici dell'Associazione;
- convocazione alla donazione, mediante chiamata telefonica o tramite invio di messaggio SMS, effettuata da personale all'uopo incaricato;
- il diretto espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività di promozione e sviluppo della donazione e dell'attività di raccolta del sangue;
- altre finalità sono ricondotte alle ordinarie attività amministrative, economiche ed organizzative in ambito associativo: comunicazioni effettuate a mezzo telefonico, e-mail, sms, posta ordinaria ed altri mezzi (anche con modalità automatizzate), finalizzate alla gestione del rapporto (es. comunicazioni amministrative, risposte a richieste di informazioni dall'interessato, etc.).

inoltre, esclusivamente previo consenso scritto dell'Interessato:

- b) eventuale invio, da parte del personale incaricato dall'Associazione, dell'esito degli esami di controllo eseguiti;
- c) pubblicazione e gestione di immagini e filmati, relative all'Interessato e legate esclusivamente alle attività istituzionali dell'Associazione come previste dallo Statuto, per la per la realizzazione di materiale informativo, divulgativo e pubblicitario (anche attraverso riviste periodiche e/o sito web).
- d) pubblicazione sui social network (Facebook, Twitter, etc.) di immagini, filmati e informazioni relative all'Interessato e legate esclusivamente alle attività istituzionali.
- e) invio di comunicazioni e newsletter (anche con modalità automatizzate) relativamente agli ambiti in cui l'Associazione opera.

4. Modalità del trattamento:

Il trattamento dei dati personali avviene all'interno della sede operativa dell'AVIS Comunale di _____MINEO_____, o, qualora fosse necessario, presso i soggetti indicati al paragrafo 5, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679, utilizzando sia supporti cartacei che informatici, per via sia telefonica che telematica, anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con l'osservanza di ogni misura cautelativa, che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza.

5. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto:

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria per le finalità previste al paragrafo 3.a). Il loro mancato conferimento potrebbero ultare incompatibile con la Sua iscrizione all'Associazione ed alla prosecuzione del rapporto Associativo, al suo corretto svolgimento e agli eventuali adempimenti di legge. Il conferimento dei dati personali da parte dell'Interessato è facoltativo per le finalità previste ai paragrafi 3.b),3.c), 3.d) e 3.e) e non preclude l'adesione dell'Interessato all'Associazione.

6. **Destinatari dei dati:**
Limitatamente ai dati necessari per l’espletamento dei rispettivi compiti, potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali i seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- collaboratori, personale dipendente, consulenti e personale medico sanitario, nell’ambito delle relative mansioni e/o di eventuali obblighi contrattuali con loro, inerenti i rapporti con l’Interessato, compresi i Responsabili dei trattamenti e gli Incaricati opportunamente autorizzati.

Destinatari dei Suoi dati personali potranno essere:

- tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi;
- persone fisiche e/o giuridiche collaboratrici e/o consulenti per assolvere a compiti legati all’attività dell’Associazione;
- tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private (studi di consulenza, autorità di Pubblica sicurezza, Sanitarie, Pubbliche Amministrazioni, compagnie assicurative e organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge), quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento dell’attività dell’Associazione nei modi e per le finalità illustrate;
- strutture sanitarie, Servizi Trasfusionali, Enti ospedalieri e laboratori di riferimento, associazioni coinvolti in virtù di convenzioni e/o leggi e regolamenti.

Verrà richiesto specifico ed espresso consenso qualora si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati personali non vengono in alcun caso diffusi, con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo a soggetti indeterminati ad eccezione delle immagini e i filmati previsti dalle finalità 3.c) e 3.d).

7. **Trasferimento dei dati:**
Il Titolare del trattamento non trasferirà i Suoi dati personali ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale.

8. **Tempi di conservazione:**
Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell’art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo non superiore a quello necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

9. **Categorie particolari di dati personali:**
Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, all’Associazione dati qualificabili come “categorie particolari di dati personali” e cioè quei dati che rivelano *“l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona”*. Tali categorie di dati potranno essere trattate dall’Associazione solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

10. **Esistenza di un processo decisionale automatizzato:**
L’Associazione non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

11. **Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**
Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- a) di accesso ai dati personali;
- b) di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- c) di opporsi al trattamento;
- d) alla portabilità dei dati;
- e) di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
- f) di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

I diritti di cui sopra potranno essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità dall’Interessato al Titolare o ad uno dei Responsabili, anche per il tramite di un Incaricato, che forniranno all’Interessato stesso idoneo riscontro senza ritardo. L’Interessato che intende far valere i propri diritti può compilare e far recapitare l’apposito modulo (modello per rivolgersi al Titolare o Responsabile del trattamento) consultabile e scaricabile presso il sito del Garante per la Privacy. La richiesta, rivolta al Titolare o al Responsabile, potrà essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, fax o posta elettronica.

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO
(art. 23 D.Lgs. 196/2003 e art. 7 Regolamento UE nr. 679/2016)

Il/la sottoscritto/a _____, preso atto del contenuto dell’informativa, che mi è stata consegnata in copia e che dichiaro di aver letto integralmente e ben compreso:

- 1) esprime il consenso al trattamento dei dati personali, inclusi quelli sensibili ed inerenti alla salute per le finalità correlate alla donazione di sangue ed emocomponenti, con le modalità e nei limiti che mi sono stati illustrati.
- ☐ SI ☐ NO
- 2) esprime il consenso per la convocazione alla donazione, mediante chiamata telefonica o tramite invio di messaggio SMS, effettuata da personale all’uopo incaricato.
- ☐ SI ☐ NO
- 3) esprime il consenso all’invio, da parte del personale incaricato dall’Associazione, dell’esito degli esami di controllo eseguiti.
- ☐ SI ☐ NO
- 4) esprime il consenso a che si dia pubblica conoscenza del mio nominativo, in occasione di cerimonie pubbliche ed altre iniziative, come ad esempio, la premiazione dei donatori benemeriti.
- ☐ SI ☐ NO
- 5) esprime il consenso alla pubblicazione e gestione di immagini e filmati, relative all’Interessato e legate esclusivamente alle attività istituzionali dell’Associazione come previste dallo Statuto, per la per la realizzazione di materiale informativo, divulgativo e pubblicitario (anche attraverso riviste periodiche e/o sito web).
- ☐ SI ☐ NO
- 6) esprime il consenso alla pubblicazione sui social network (Facebook, Twitter, etc.) di immagini, filmati e informazioni relative all’Interessato e legate esclusivamente alle attività istituzionali dell’Associazione.
- ☐ SI ☐ NO
- 7) esprime il consenso all’invio di comunicazioni e newsletter (anche con modalità automatizzate) relativamente agli ambiti in cui l’Associazione opera.
- ☐ SI ☐ NO

Data _____ Firma _____