|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Studio multicentrico sulle caratteristiche cliniche e immunologiche dell’infezione da virus SARS-Cov-2 in età pediatrica** |  |

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

**(ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003).**

**Titolo dello studio:** “Studio multicentrico retrospettivo sulle caratteristiche cliniche dei casi di infezione   
 da virus SARS-Cov-2 in età pediatrica.”

**Titolari del trattamento dei dati e relative finalità**

La Società Italiana di Infettivologia Pediatrica (SITIP) che insieme alla Società Italiana di Pediatria promuovono lo studio che Le è stato descritto, in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (d.l. 211/2003), tratterà i dati personali di vostro/a figlio/a, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio, ai sensi del D. LGS 196 del 2003. A tal fine i dati indicati saranno raccolti da personale individuato dalla SITIP, in qualità di incaricato del trattamento dei dati. Il trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute di vostro/a figlio/a, è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non consentirà a suo/a figlio/a di parteciparvi*.*

**Natura dei dati**

Il medico che seguirà vostro/a figlio/a nello studio lo identificherà con un codice: i dati che lo/la riguardano raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del Suo nominativo, saranno registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, alla Sua data di nascita, al sesso, al Suo peso e alla Sua statura. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati, in qualità di incaricati del trattamento dei dati, 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 partecipazione allo studio implica che il personale, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che riguardano vostro/a figlio/a 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. 7 del Codice (es. accedere ai dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al responsabile legale della società promotrice SITIP – sede legale c/o Penta eventi P.zza Pio XI 63 00165 Roma, CF 96364730588 – nella persona del suo Presidente dr. Guido Castelli Gattinara. Potrà interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la partecipazione di suo/a figlio/a allo studio: in tal caso, eventuali campioni biologici correlati verranno distrutti. Non saranno inoltre raccolti ulteriori dati che lo/la riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.

**Consenso**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acconsentiamo al trattamento dei dati personali di nostro/a figlio/a per gli scopi della ricerca, nei limiti e con le modalità indicate nell’informativa sopra riportata, fornitaci ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile del medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_