

(non compilare)

**CONSENSO INFORMATO**

e autorizzazione al trattamento dei dati personali\*

(\*Ai sensi del regolamento EU 679/2016

Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali – GDPR)

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
Nome Cognome

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa

Da compilare solo in caso di incapacità da parte del soggetto di rilasciare il proprio consenso

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa

In qualità di Rappresentante Legale (*Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno*) di \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Luogo di nascita Prov. gg mm aaaa

DICHIARO di

- aver letto e compreso la nota informativa;
- essere consapevole che la mia partecipazione è volontaria e che posso spontaneamente ritirarmi dal progetto senza fornire giustificazioni, avendo ricevuto la certezza che né il rifiuto alla partecipazione né il ritiro dell'adesione comporteranno per me discriminazioni;
- aver ricevuto la garanzia che potrò avere accesso ai dati che mi riguardano;
- aver ricevuto la garanzia che per ulteriori informazioni o per ogni problema potrò rivolgermi al Responsabile scientifico del registro;
- aver acquisito le informazioni sul trattamento dei dati riportate nella stessa Nota Informativa.

**ACCONSENSO**

**A partecipare al Registro Nazionale Gemelli, compilando il questionario di iscrizione e ad essere contattato** (email, posta, sms, telefono) **SI**  **NO**   
esclusivamente dal personale del Registro Nazionale Gemelli per comunicazioni, aggiornamenti e inviti a partecipare ai vari studi.

**Al trattamento dei miei dati personali per le finalità del Registro** **SI**  **NO**

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
del partecipante o del rappresentante legale

**Titolare del trattamento**  
 Istituto Superiore di Sanità  
 Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
[protocollo.centrale@pec.iss.it](mailto:protocollo.centrale@pec.iss.it)

**Responsabile del Registro Nazionale Gemelli**  
 Dott.ssa Emanuela Medda  
 Istituto Superiore di Sanità  
 Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
 Telefono: 06 49904153  
 Email: [registro.nazionale.gemelli@iss.it](mailto:registro.nazionale.gemelli@iss.it)

Anche in caso di **non adesione al RNG** la preghiamo di compilare questo modulo e inviarcelo tramite email.

**REGISTRO NAZIONALE GEMELLI**  
 Registro Nazionale Gemelli  
[www.iss.it/gemelli](http://www.iss.it/gemelli) - E-mail: [registro.nazionale.gemelli@iss.it](mailto:registro.nazionale.gemelli@iss.it) -  
 Tel. 06.4990.4154 / 4175 / 4153 - <https://www.iss.it/gemelli>



A. Napoleone '99