

ID \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO PER L'ADESIONE AL REGISTRO NAZIONALE GEMELLI - (Sez. A) e

### AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Sez. B)

(Reg. EU 2016/679 – GDPR e D.Lgs. 196/2003 - Codice Privacy come novellato dal D.Lgs 101/2018 e ss.mm.ii.)

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

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

\_\_\_\_\_  
*Nome e cognome del gemello*

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

#### Sezione A – Consenso all'adesione al Registro Nazionale Gemelli

Dichiaro:

- di aver appreso delle finalità e delle modalità di svolgimento del Registro Nazionale Gemelli ed averle comprese;
- di essere consapevole che la partecipazione è volontaria e che ci si può ritirare in qualsiasi momento, senza fornire alcuna giustificazione.

**1. Acconsento all'adesione al Registro Nazionale Gemelli e ad essere SI  NO**   
**contattato/a** (email, posta, sms, telefono) esclusivamente dal personale del Registro Nazionale Gemelli per comunicazioni, aggiornamenti e inviti a partecipare ai vari studi, nel rispetto delle procedure e delle fasi illustratemi

#### Sezione B - Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre:

- di aver letto per intero e compreso il contenuto del documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei dati personali necessari alla realizzazione delle finalità del Registro Nazionale Gemelli;
- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

**2. Acconsento al trattamento dei miei dati personali SI  NO**   
per le finalità del Registro Nazionale Gemelli ai sensi della normativa vigente

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
*del partecipante o del Rappresentante Legale*

**ATTENZIONE!** PER ISCRIVERSI AL REGISTRO NAZIONALE GEMELLI È NECESSARIO BARRARE IL "SI" AI PUNTI 1 e 2.

**Il Titolare del Trattamento dei Dati Personali**, l'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, è raggiungibile al seguente recapito: [protocollo.centrale@pec.iss.it](mailto:protocollo.centrale@pec.iss.it)

**Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali dell'Istituto Superiore di Sanità** è raggiungibile al seguente recapito: [responsabile.protezionedati@iss.it](mailto:responsabile.protezionedati@iss.it)

Anche in caso di **non adesione al RNG** la preghiamo di compilare questo modulo e inviarlo a [registro.nazionale.gemelli@iss.it](mailto:registro.nazionale.gemelli@iss.it)