

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 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 Personalini, l'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, è raggiungibile al seguente recapito: protocollo.centrale@pec.iss.it

Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personalini dell'Istituto Superiore di Sanità è raggiungibile al seguente recapito: 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

Consenso informato – Registro Nazionale Gemelli (maggiorienni – Ottobre 2025)



A. Napolione '99