

**1. DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003**

Titolo dello Studio:	Analisi AID per la identificazione di una condizione di ipovitaminosi D
Codice del Protocollo:	AID
Versione del Protocollo:	2.0
Data:	28.02.2025
Promotore:	GISMO Gruppo Italiano Studio Malattie Metabolismo Osseo email: <a href="mailto:segreteria.gismo@myeventsrl.it">segreteria.gismo@myeventsrl.it</a> Il Coordinator dello studio e Presidente GISMO Prof. Ranuccio Nuti
Centro Coordinatore:	Azienda ospedaliero-universitaria Senese, UOC di Medicina Interna e della complessità
Sperimentatore Principale:	Prof. Luigi Gennari

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

1. di comprendere e accettare esplicitamente che i miei dati personali saranno trattati per lo studio in oggetto dalle parti e nelle modalità descritte in dettaglio nella Informativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 allegata al presente modulo;
2. di comprendere e accettare esplicitamente che anche dopo la revoca del mio consenso, il Promotore sarà ancora autorizzato a conservare e trattare i miei dati personali raccolti prima della mia revoca esclusivamente al fine di soddisfare gli obblighi legali;
3. di comprendere e accettare esplicitamente che per domande riguardanti la riservatezza dei dati di questo studio posso contattare il Responsabile della protezione dei dati del Centro di sperimentazione e-mail: [privacy@ao-siena.toscana.it](mailto:privacy@ao-siena.toscana.it)

**Dichiaro pertanto di**

dare il mio consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli riconducibili alle cd. categorie particolari, per le finalità e nei modi descritti nella scheda informativa, facente parte del presente atto di consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (indicare data e ora della consegna);

DARE  NON DARE il mio consenso a essere ricontattato per essere informato di altre ulteriori ricerche o studi cui posso partecipare e a cui poi eventualmente fornirò specifico consenso sia per la partecipazione sia per il trattamento dei miei dati personali

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome per esteso del paziente                      Data                      Ora                      Firma  
(Adulto o dal compimento del 16° anno)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome per esteso rappresentante legale                      Data                      Ora                      Firma

**Se il paziente, o il legale rappresentante riconosciuto, è incapace di leggere:**

Ho partecipato all'intera discussione per il consenso informato al trattamento dei dati. Attesto che le informazioni del modulo per il consenso o ogni altra informazione scritta sono state spiegate accuratamente e apparentemente comprese dal paziente o dal legale rappresentante riconosciuto del paziente stesso. Il consenso informato è stato concesso liberamente dal paziente o dal legale rappresentante riconosciuto.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome per esteso                      Data                      Ora                      Firma

**NOTA BENE**

Una copia del presente modulo (firmato e datato) e delle "informazioni in merito al trattamento dei dati personali" dovranno essere consegnati al Paziente.