



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI CATEGORIE DI DATI PERSONALI PER FINALITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ART. 13 REG. UE 2016/679)

TITOLO STUDIO:	INDAGINE SULLA SALUTE RESPIRATORIA DEI RAGAZZI DELLE SCUOLE SECONDARIE CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DI ALUNNI, GENITORI E INSEGNANTI
Approvazione Comitato Etico della Regione Sardegna	
SPERIMENTATORE:	Prof. Marcello Campagna

La partecipazione volontaria allo Studio INDAGINE SULLA SALUTE RESPIRATORIA DEI RAGAZZI DELLE SCUOLE SECONDARIE CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DI ALUNNI, GENITORI E INSEGNANTI comporterà la raccolta e il trattamento di dati personali, vale a dire informazioni riferibili a Lei oppure a persona sottoposta alla Sua rappresentanza legale, che possono identificare o comunque rendere identificabile l'interessato.

Per tale ragione il presente documento Le fornirà le informazioni necessarie per comprendere come avviene il trattamento dei dati personali e per poter decidere liberamente e consapevolmente se acconsentire o meno a tale trattamento in relazione allo Studio sopra indicato. In particolare, Le verranno illustrate le finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali o dei dati personali della persona da Lei rappresentata, nonché i diritti che potranno eventualmente essere esercitati.

Le caratteristiche dello studio e le sue modalità di svolgimento sono descritte nel dettaglio nel documento *“Informazioni in merito alla partecipazione allo studio che si propone di indagare sulla salute respiratoria dei ragazzi delle scuole secondarie con la partecipazione attiva di alunni, genitori e insegnanti”*.

Suo figlio(a) non riceverà nessun beneficio diretto dalla partecipazione allo studio; tuttavia, i partecipanti consentiranno di migliorare la conoscenza di effetti biologici della esposizione agli inquinanti atmosferici nella zona SIN.

Non ci sono i rischi connessi alla partecipazione del Suo figlio(a) allo studio.

Università degli Studi di Cagliari (di seguito, “Università”), in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali soltanto nella misura in cui siano indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, tra cui il Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali) e conformemente alle misure di garanzia e a ogni altro provvedimento applicabile del Garante per la protezione dei dati personali.

SOGGETTI DEL TRATTAMENTO



Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica

▪ Titolari del trattamento

Università degli Studi di Cagliari; via Università, 40 - 09124 Cagliari, protocollo@pec.unica.it

• Responsabile del trattamento

Università degli Studi di Cagliari; Dipartimento Scienze Mediche e Sanità Pubblica

Direttore Prof. Luca Saba (lucasaba@unica.it)

▪ Responsabile della protezione dei dati personali

Università degli Studi di Cagliari;

e-mail: dpo@unica.it

FINALITÀ E MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali dell'Interessato e quelli appartenenti a categorie particolari, nello specifico quelli inerenti alle attività di biomonitoraggio (Spirometria, FeNO, tempi di reazione visiva e uditiva, immunoglobuline, neurofilamenti, dosaggio di metalli nel sangue e nelle urine, test neurocomportamentali), saranno trattati da soggetti autorizzati, con strumenti automatizzati e non automatizzati, esclusivamente ai seguenti fini:

(A) PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO E RELATIVE OPERAZIONI E ATTIVITÀ CONNESSE

Qualora l'Interessato presti il suo consenso a partecipare allo studio in oggetto, saranno raccolti alcuni dati che lo riguardano, mediante strumenti *cartacei e/o elettronici* (in particolare, i dati saranno raccolti tramite una "scheda di raccolta dati", cosiddetta "CRF" di natura *elettronica*). CRF verrà conservata presso il Centro di Studio (Dip. Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari).

Il medico Sperimentatore che seguirà lo studio identificherà l'Interessato con un codice.

I dati raccolti nel corso dello studio saranno registrati, elaborati, analizzati per tutta la durata del progetto, attualmente prevista per [24 mesi] e conservati unitamente al codice che identifica l'Interessato per 5 anni per il caso di sperimentazioni. Si precisa che soltanto il medico ed i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al nominativo.

I dati verranno conservati dal Titolare sotto la responsabilità del Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica. Una volta scaduto il termine di conservazione sopra indicato, i dati verranno cancellati ovvero resi anonimi in modo che non sia più possibile risalire, in modo diretto o indiretto, all'identità dell'Interessato.

(A1) Informazioni inerenti alla diffusione

Si precisa che i dati saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici.

(B) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno altresì trattati per finalità amministrative/contabili e conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento di tali finalità, fatto salvo il termine di dieci anni per assicurare gli adempimenti fiscali, contabili e amministrativi richiesti dalla legge e salvo eventualmente termini più lunghi, non determinabili a priori, in conseguenza a diverse condizioni di liceità del trattamento (ad esempio azioni giudiziarie che rendano necessario il trattamento per oltre dieci anni).



ULTERIORI OPERAZIONI DI TRATTAMENTO

I dati personali inerenti allo Studio non saranno comunicati a soggetti terzi al di fuori dall'Italia. I dati potranno altresì essere trattati e/o comunicati a soggetti terzi, come di seguito specificato:

(i) COMUNICAZIONE DI RISULTATI O NOTIZIE INATTESE

Nell'ambito della ricerca in oggetto, potrebbero essere conosciute alcune notizie inattese derivanti dai risultati dello studio. In particolare, la ricerca potrebbe evidenziare risultati che riguardano l'Interessato relative alle attività di biomonitoraggio.

Ove l'Interessato intenda conoscere i risultati della ricerca e dell'analisi, può esprimere il proprio consenso affinché gli vengano comunicate dette eventuali informazioni rilevanti. Ove invece l'Interessato neghi il consenso a tale finalità, si precisa che le informazioni relative a risultati della ricerca o notizie inattese verranno conservati nei limiti di tempo indicati al punto (A), salvo il caso in cui abbia acconsentito alla conservazione dei dati per un periodo più lungo (punto B). Nel caso in cui l'Interessato dovesse trovarsi in una condizione di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere, le eventuali notizie inattese riguardanti lo stato di salute dell'Interessato potranno essere comunicate a chi esercita legalmente la legale rappresentanza, ovvero a un prossimo congiunto, a un familiare, a un convivente o unito civilmente ovvero a un fiduciario ai sensi dell'art. 4 della l. 219/2017 o, in loro assenza, al responsabile della struttura presso cui dimora.

(ii) COMUNICAZIONE AL MEDICO CURANTE

L'Interessato può acconsentire che il Titolare informi il proprio medico curante della propria partecipazione allo studio in oggetto.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La base giuridica dei trattamenti sopra descritti è da rinvenirsi nel consenso, ai sensi dell'art. 9, 2° comma, lett.

a) del Regolamento. **Il consenso al trattamento per le finalità sopra descritte è libero e facoltativo e il suo mancato conferimento non preclude all'Interessato di accedere alle cure mediche richieste.**

Tuttavia, si precisa che il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto (A) non è obbligatorio ma è indispensabile allo svolgimento dello studio. Il rifiuto di conferirli non consentirà all'Interessato di partecipare allo studio in parola. Si ribadisce che tale rifiuto non pregiudicherà in alcun modo eventuali cure o prestazioni sanitarie cui ha diritto.

Il conferimento dei dati ai fini di cui al punto (B) è facoltativo, cioè non discende da un obbligo normativo, ma è necessario per consentire la conservazione dei dati per un periodo più lungo di quello previsto per la conclusione del presente studio ed eventualmente permettere al Titolare di ricontattare l'Interessato affinché possa esprimere, se lo riterrà, un nuovo specifico consenso per una nuova ricerca. Il mancato conferimento dei dati per tali finalità avrà come unica conseguenza l'impossibilità di realizzare quanto da ultimo descritto.

Il conferimento dei dati ai fini di cui al punto (C) è necessario per ottemperare agli obblighi di legge in materia di conservazione dei documenti amministrativi e contabili. In tal caso la base giuridica è rinvenibile nell'art. 6, comma 1, lett. c) ed e), del Regolamento (UE) 2016/679.

DIRITTI DELL'INTERESSATO



Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica

Fatte salve le limitazioni all'esercizio dei diritti degli interessati di cui agli artt. 2-*undecies* e 2-*duodecies* del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03), l'Interessato partecipante al presente studio, può esercitare i diritti a lui riconosciuti ai sensi e nei limiti degli artt. 15-21 del Regolamento (UE) 2016/679, tra cui il diritto di chiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, nonché la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano, l'opposizione al trattamento e la portabilità dei dati.

Precisiamo inoltre che, ogni eventuale consenso manifestato dall'Interessato è liberamente prestato ed è revocabile in ogni momento senza che ciò comporti alcun svantaggio o pregiudizio e senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Le istanze relative all'esercizio di tali diritti potranno essere presentate al Titolare contattandolo ai recapiti sopra riportati.

Infine, ove l'Interessato ritenga che il trattamento dei propri dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 o del D.Lgs. 196/03 s.m.i. ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento citato o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

ULTERIORI INFORMAZIONI INERENTI AL PROGETTO DI RICERCA

Ulteriori informazioni inerenti al progetto di ricerca in oggetto possono essere richiesta a

Medico Referente della ricerca (Medico sperimentatore):

Prof. Marcello Campagna

Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari

Contatti: tel. 070/675-4711

e-mail: mcampagna@unica.it



Consenso al trattamento dei dati personali e particolari
(VERSIONE DEL 28/01/2026)

TITOLO STUDIO:	INDAGINE SULLA SALUTE RESPIRATORIA DEI RAGAZZI DELLE SCUOLE SECONDARIE CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DI ALUNNI, GENITORI E INSEGNANTI
Approvazione Comitato Etico della Regione Sardegna	

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____

☐ in qualità di studente minore

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____

☐ in qualità di (primo) genitore

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____

☐ in qualità di (secondo) genitore

oppure in qualità di

☐ rappresentante legale/ tutore/esercente potestà _____

(specificare se esercente la responsabilità tutore, curatore, amministratore di sostegno)

dell'alunno _____

(specificare il nominativo del alunno per il quale si rilascia il consenso)

nato/a il _____

DICHIARA



Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica

- di aver ricevuto e preso attenta visione del documento *“Informazioni in merito alla partecipazione allo studio che si propone di indagare sulla salute respiratoria dei ragazzi delle scuole secondarie con la partecipazione attiva di alunni, genitori e insegnanti”*;
- di aver preso attenta visione delle *“Informazioni sul trattamento dei dati personali e particolari”* sopra riportata e di averne compreso i contenuti e le ulteriori informazioni ottenute in merito dallo Sperimentatore e/o dagli altri Collaboratori;

Ai sensi delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, lette le *“Informazioni in merito alla partecipazione allo studio che si propone di indagare sulla salute respiratoria dei ragazzi delle scuole secondarie a Masainas, Sant’Antioco, Portoscuso, Iglesias e Domusnovas con la partecipazione attiva di alunni, genitori e insegnanti”* sopra riportate, il/la sottoscritto/a

☐ **Acconsente** ☐ **Non acconsente**

al trattamento – NECESSARIO ai fini della partecipazione allo studio di cui trattasi e al suo svolgimento - dei dati personali e particolari dell’Interessato per le finalità e nei modi di cui al punto (A) [*partecipazione e svolgimento dello studio*]

☐ **Acconsente** ☐ **Non acconsente**

alla ricezione delle informazioni di cui al punto (I) - NON NECESSARIA ai fini della partecipazione allo studio [*comunicazione di risultati o notizie inattese*]

☐ **Acconsente** ☐ **Non acconsente**

alla comunicazione di cui al punto (II) (NON NECESSARIA ai fini della partecipazione allo studio) dei dati al medico curante dell’Interessato affinché sia informato della partecipazione allo studio in parola [*comunicazione al medico curante*]

Data

Firma

Data

Firma

Data

Firma

Nomi dei genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale/rappresentate legale

(in stampatello)



(in stampatello)

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO O ALTRO PROFESSIONISTA SANITARIO CHE HA FORNITO LE
"INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI" AL
GENITORE/RAPPRESENTANTE LEGALE**

DICHIARO

- di aver fornito al genitore/rappresentante legale informazioni complete e spiegazioni dettagliate circa la natura, le finalità, le procedure e la durata dello studio di cui trattasi e dei relativi trattamenti di dati personali e particolari
- di aver fornito al genitore/rappresentante legale copia datata e firmata del presente documento contenente le "Informazioni sul trattamento di dati personali e particolari" e il modulo per il "Consenso al trattamento dei dati personali e particolari" e di aver acquisito il consenso del genitore/rappresentante legale identificato tramite il documento

(indicare estremi del documento)

Nome del Medico o altro Professionista Sanitario _____
(in stampatello)

Data _____

Firma del Medico/Professionista Sanitario
