



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO AZIENDALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) DISPONIBILI A PARTECIPARE ALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE
DI CUI AL D.M. 10 MAGGIO 2001

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ e residente a _____
in Via/Piazza/Viale _____ Tel. _____
e-mail _____
Indirizzo studio principale _____

a) ☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di libera scelta

presso il Distretto _____ della ASL Roma I

specialista in _____

b) dotato nello studio medico delle seguenti attrezzature:

☐ frigorifero con termometro di registrazione H24

☐ armadio chiuso a chiave

☐ telefono (indicare n. _____)

☐ fax (indicare n. _____)

☐ cellulare (indicare n. _____)

☐ collegamento Internet (indicare e-mail * _____)

☐ cartella clinica informatizzata

☐ cartella clinica cartacea

☐ frigorifero dotato di sistema di controllo della temperatura

☐ altre attrezzature (specificare _____)

☐ idoneo spazio per la conservazione dei campioni utilizzati per la sperimentazione clinica, fisicamente
separato da altri campioni di farmaci

☐ altro _____

c) ha partecipato negli ultimi tre anni a corsi di formazione e aggiornamento sulla conduzione di
sperimentazioni cliniche (indicare i corsi, agenzia/struttura/soggetto che li ha organizzati e la data di
svolgimento):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DICHIARA ALTRESI'

d) di avere il seguente numero di scelte mediche _____

e) di svolgere il seguente numero _____ di ore settimanali presso lo studio medico

f) di

☐ lavorare in associazione (rete/gruppo/UCP/UCPP)

☐ non lavorare in associazione

g) di voler esplicitare l'attività di sperimentazione clinica presso il/i seguente/i studio/i medico/i (indicare l'indirizzo preciso):

h) di

☐ aver partecipato

☐ non aver partecipato

negli ultimi tre anni a sperimentazioni cliniche. In caso affermativo, indicare il titolo della sperimentazione, la durata e l'anno in cui è stata condotta:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

i) di aver preso visione del Decreto 10 maggio 2001 "e di essere in grado di corrispondere ai requisiti, criteri, disposizioni ivi contenute";

j) di allegare l'autocertificazione DPR n. 445/2000 e s.m.i. unitamente a un documento di riconoscimento in corso di validità;

k) di allegare il Curriculum Vitae debitamente datato e sottoscritto con firma digitale e con autorizzazione al trattamento dei dati personali;

l) di allegare l'autorizzazione Privacy;

m) di accettare tutte le clausole e condizioni contenute nel presente avviso

CHIEDE

Di essere iscritto nel Registro Aziendale dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) disponibili a partecipare alle sperimentazioni cliniche di cui al D.M. 10 maggio 2001

Luogo e data _____

Firma _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

A tal fine il sottoscritto, consapevole che ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

a) di aver preso visione dell'avviso pubblico, approvato con Deliberazione n. _____ del _____ e pubblicato sul sito web dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I e sull'Albo Pretorio on-line della stessa;

b) di possedere i requisiti professionali, strutturali e organizzativi di cui al D.M. 10 maggio 2001:

- Convenzione in essere con il Servizio Sanitario Nazionale in qualità di:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta presso il Distretto _____ della ASL Roma I e di essere specialista in _____

c) di avere ambulatori dotati delle caratteristiche minime necessarie per la conduzione della sperimentazione nel rispetto del protocollo di studio e dei principi di buona pratica clinica (frigorifero con termometro di registrazione H24, armadi chiusi a chiave, telefono, collegamento a internet, cartella clinica cartacea e/o informatizzata, idoneo spazio per la conservazione dei campioni utilizzati per la sperimentazione clinica, fisicamente separato da altri campioni di farmaci, altre varie attrezzature);

d) di aver partecipato negli ultimi tre anni a corsi di formazione e aggiornamento sulla conduzione di sperimentazioni cliniche (indicare i corsi, agenzia/struttura/soggetto che li ha organizzati e la data di svolgimento)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

e) di avere il seguente numero di scelte mediche _____;

f) di svolgere il seguente numero _____ di ore settimanali presso lo studio medico

g) di ☐ lavorare in associazione (rete/gruppo/UCP/UCPP) ☐ non lavorare in associazione;

h) di voler esplicitare l'attività di sperimentazione clinica presso il/i seguente/i studio/i medico/i (indicare l'indirizzo preciso):

i) ☐ di aver partecipato negli ultimi tre anni alle seguenti sperimentazioni cliniche (indicare il titolo della sperimentazione, la durata e l'anno in cui è stata condotta):



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

☐ di non aver partecipato negli ultimi tre anni a sperimentazioni cliniche

j) di aver preso visione del D.M. 10 maggio 2001 e di essere in grado di corrispondere ai requisiti, criteri e disposizioni ivi contenute;

k) di accettare tutte le clausole e condizioni contenute nel presente avviso.

ALLEGA

- Curriculum Vitae debitamente datato e sottoscritto con firma digitale e con autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- l'autorizzazione Privacy.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al GDPR n. 679/2016, come specificate nell'Avviso.

Data,

Firma digitale

INFORMAZIONI PRIVACY

PER LA FORMAZIONE DEL REGISTRO AZIENDALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) DISPONIBILI A CONDURRE

SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI CUI AL D.M. 10 MAGGIO 2001

(Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal
D. Lgs. 101/2018)

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (di seguito "ASL Roma 1") con sede legale in Via Borgo Santo Spirito n. 3, 00193 Roma, in persona del Direttore Generale Dott. Giuseppe Quintavalle, in qualità di Titolare del trattamento, informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito "GDPR") e Codice Privacy, così come novellato dal D.lgs. 101/2018 che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate.

1. Finalità e Base Giuridica del Trattamento

I dati personali raccolti dal Titolare sono trattati per la creazione del Registro dei MMG e PLS autorizzati a condurre le sperimentazioni cliniche di cui al D.M. 10 maggio 2001, al fine di garantire l'individuazione e il coinvolgimento di professionisti qualificati nel rispetto della normativa vigente in materia di sperimentazione clinica dei medicinali.

La **Base Giuridica** del trattamento dei dati personali di cui al punto n. 2 delle seguenti informazioni privacy si rinvia all'art. 6, par. 1, lett. a) GDPR, in quanto *"l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità"*.

2. Categorie di dati trattati

Per le finalità di cui al punto n. 1 potranno essere raccolte e, successivamente trattate, le seguenti categorie di dati personali:

- dati anagrafici;
- dati di contatto;
- curriculum vitae;
- dati relativi allo svolgimento dell'attività lavorativa.

3. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare del trattamento solo con modalità, strumenti e procedure cartacee e/o informatiche, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 1.

Il Titolare predispone misure di sicurezza fisiche, tecniche e organizzative ai sensi dell'art. 32 GDPR per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati (*Data Breach*).

4. Periodo di Conservazione

I dati personali saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità del trattamento indicate al punto n.1 delle presenti Informazioni privacy e/o comunque per il periodo previsto dal Prontuario di scarto, salvo il tempo più lungo necessario per adempiere agli obblighi di legge e/o a quanto richiesto dalle Autorità competenti.

5. Accesso ai dati personali

I dati personali potranno essere accessibili per le finalità di cui al punto n. 1 dai dipendenti del Titolare del trattamento coinvolti ed espressamente autorizzati dal Titolare stesso, dall'Amministratore di Sistema, nonché dai Responsabili del trattamento specificamente individuati per iscritto, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni impartite dal Titolare; infine, ad altri Enti, Organismi, Autorità verso i quali il Titolare del trattamento ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge.

6. Diritti dell'interessato

Il proprietario dei dati personali, nella sua qualità di interessato, dispone di tutti i diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss., più precisamente diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy ss.mm.ii).

L'interessato ha diritto a revocare il proprio consenso, precedentemente prestato, in ogni momento e con la facilità con cui lo ha conferito, ai sensi dell'art. 17, par.1, lett. b) GDPR.

Tuttavia, tale revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sulla base del consenso precedentemente prestato e avrà come unico effetto la cessazione del trattamento dei dati personali dell'interessato per il futuro.

7. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i propri diritti inviando apposita comunicazione ai seguenti indirizzi PEC del Titolare del trattamento:

- **L'Azienda Sanitaria Locale Roma 1** con sede legale in Via Borgo Santo Spirito n. 3, 00193 Roma, in persona del Direttore Generale Dott. Giuseppe Quintavalle,
PEC: protocollo@pec.aslroma1.it

8. Identità e dati di contatto del:

- **Titolare del trattamento – AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 1**



In persona del Direttore Generale Dott. Giuseppe Quintavalle,

- E-mail: ufficioprivacy@aslroma1.it
- PEC: protocollo@pec.aslroma1.it

- **DPO (RPD) dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 – Scudoprivacy S.r.l.**

E-mail: dpo@aslroma1.it

PEC: scudoprivacy@legalmail.it



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**PER LA FORMAZIONE DEL REGISTRO AZIENDALE DEI MEDICI DI MEDICINA
GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) DISPONIBILI A CONDURRE
SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI CUI AL D.M. 10 MAGGIO 2001**

ai sensi degli artt. 6, par. 1 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR)

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____ residente a _____ via/piazza
_____ domicilio (se diverso dalla
residenza) _____

DICHIARO

- di comprendere e accettare esplicitamente che i miei dati personali saranno trattati per l'utilizzo della formazione del Registro aziendale dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) disponibili a condurre sperimentazioni cliniche di cui al D.M. 10 maggio 2001 nelle modalità descritte in dettaglio nelle presenti Informazioni Privacy, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati;
- di comprendere e accettare esplicitamente che, se revokerò il mio consenso non verranno raccolti e trattati ulteriormente i miei dati personali.
- di aver compreso che per qualsiasi mia esigenza in relazione al trattamento dei miei dati personali, nonché al fine di poter esercitare i miei diritti, con riguardo a questo studio, potrò utilizzare i dati di contatto del Titolare e del DPO dell'ASL Roma 1.

ESPRIMO di

☐ dare il mio consenso esplicito al trattamento dei miei dati personali, per le finalità e nei modi descritti nelle Informazioni privacy, facente parte di questo consenso

Data _____ Firma _____