

Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Art. 46 - 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445  
del possesso dei requisiti previsti dallo "Schema di Certificazione" (Doc.03) per la partecipazione,  
in qualità di Esaminatore, alla Commissione di Valutazione dei VSTI

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato a

Prov.

in data

a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in relazione alle dichiarazioni mendaci e delle conseguenze di natura amministrativa di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R.

### DICHIARA

*Selezionare una o entrambe le opzioni*

#### **Opzione 1**

di essere in possesso di un titolo di Laurea nell'ambito delle professioni sanitarie riconosciute dalla normativa vigente;

la propria capacità di condurre audit in ambito sanitario attestata da qualificazione/ certificazione rilasciata dal/i seguente/i organismo/i di parte terza in ambito sanitario (*specificare di seguito*):

di non essere stato coinvolto nelle attività di formazione preliminare e qualificazione dei VSTI e conseguente iscrizione degli stessi all'"Elenco nazionale dei Valutatori per il Sistema Trasfusionale Italiano" nei 2 anni precedenti all'esame.

#### **Opzione 2**

di essere in possesso di un titolo di Laurea nell'ambito delle professioni sanitarie riconosciute dalla normativa vigente;

di avere maturato una esperienza lavorativa almeno negli ultimi 5 anni nell'ambito di un Servizio Trasfusionale che svolge attività di raccolta, produzione e testing di emocomponenti;

di avere effettuato, in qualità di VSTI, almeno 5 audit del sistema qualità di altrettante strutture trasfusionali;

di non essere stato coinvolto nelle attività di formazione preliminare e qualificazione dei VSTI e conseguente iscrizione degli stessi all'"Elenco nazionale dei Valutatori per il Sistema Trasfusionale Italiano" nei 2 anni precedenti all'esame.



**Dichiarazione circa il possesso dei requisiti previsti dallo Schema di  
Certificazione per la partecipazione in qualità di Esaminatore alla  
Commissione di Valutazione dei VSTI**



Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso visione del Doc.03 “Schema di certificazione” in vigore, disponibile sul sito del CNS al seguente indirizzo: <https://www.centronazionalesangue.it/>).

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione venga trasmessa ai seguenti recapiti:

Indirizzo domicilio:

Indirizzo email:

Indirizzo PEC:

Recapito telefonico:

e si impegna a comunicare al Centro Nazionale Sangue eventuali variazioni degli stessi, sollevando l’Amministrazione da responsabilità in caso di mancato o tardiva comunicazione del cambiamento di quanto indicato nella presente domanda.

**La presente Dichiarazione sarà considerata valida solo se compilata integralmente e firmata dal Dichiarante.**

Luogo

Data

Firma del Dichiarante<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Firma digitale in caso di trasmissione del modulo via PEC o firma autografa in caso di trasmissione del modulo a mezzo raccomandata A/R.

**Dichiarazione circa il possesso dei requisiti previsti dallo Schema di Certificazione per la partecipazione in qualità di Esaminatore alla Commissione di Valutazione dei VSTI****INFORMAZIONI PRIVACY (rese ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018)**

Il **CENTRO NAZIONALE SANGUE (CNS)** con sede legale in via Giano della Bella 27 - 00162 Roma (RM), in qualità di Titolare del trattamento, informa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito "GDPR"), che il trattamento avrà luogo per le finalità che seguono, realizzate attraverso le modalità che seguono:

**1. Finalità e Base Giuridica del Trattamento**

Il trattamento dei dati personali raccolti ed indicati al punto n. 2 delle presenti informazioni privacy avviene per le specifiche finalità relative:

- alla valutazione della Sua ammissibilità in qualità di Esaminatore alla Commissione di Valutazione dei VSTI in riferimento allo "Schema di Certificazione" (Doc.03);
- in caso di esito favorevole della valutazione, alla gestione della pratica per il rilascio/rinnovo della certificazione dei VSTI che hanno partecipato alla sessione d'esame.

La **Base Giuridica** del trattamento dei dati personali delle presenti informazioni privacy si rinviene nell'art. 6, par. 1 lett. a) del 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 personali**

Per le finalità di cui al punto n.1, il trattamento avrà ad oggetto le seguenti categorie di dati personali:

- Dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita);
- Dati inerenti alla formazione e alla professione (titolo di studio, esperienza lavorativa, svolgimento di audit in qualità di VSTI).
- Dati di contatto (indirizzo domicilio, indirizzo email, indirizzo PEC, recapito telefonico).

**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, conservazione, consultazione, selezione, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Il trattamento dei dati avrà luogo con modalità, strumenti e procedure informatiche e digitali strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 1 delle presenti informazioni privacy.

Ai fini del trattamento in questione, il CNS si avvale dei servizi di assistenza informatica partecipati per il tramite dell'Istituto Superiore di Sanità, presso il quale esso è istituito ai sensi della Legge n. 219/2005 (art. 12, c.1).

Il CNS predispone misure di sicurezza 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 verranno conservati per due anni dalla data di realizzazione dell'esame ai fini dell'effettuazione delle verifiche previste da parte del Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità, in riferimento al Doc.21 "Regolamento Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità", e da parte di ACCREDIA.

Allo spirare dei termini suddetti, i dati personali saranno oggetto di cancellazione, salvo vi siano motivi di conservazione disposti da obblighi legali o ai fini di eventuali termini legati ad impugnative o ricorsi.

**5. Diritti dell'interessato**

L'interessato dispone dei 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, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018).

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.

**6. Modalità di esercizio dei diritti**

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui all'art. precedente inviando apposita comunicazione al **CENTRO NAZIONALE SANGUE** agli indirizzi PEC riportati al punto 7 delle presenti informazioni privacy, ovvero mediante invio di apposita richiesta a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo istituzionale di via Giano della Bella n. 27 - 00162 Roma (RM).

**7. Identità e dati di contatto****Titolare del trattamento – CENTRO NAZIONALE SANGUE**

In persona del Direttore Generale, Dr. Vincenzo De Angelis

E-mail: [segreteria generale.cns@iss.it](mailto:segreteria generale.cns@iss.it)

PEC: [cns@pec.iss.it](mailto:cns@pec.iss.it)

**DPO (RPD)**

E-mail: [dpo.cns@iss.it](mailto:dpo.cns@iss.it)

PEC: [cns@pec.iss.it](mailto:cns@pec.iss.it)



**Dichiarazione circa il possesso dei requisiti previsti dallo Schema di  
Certificazione per la partecipazione in qualità di Esaminatore alla  
Commissione di Valutazione dei VSTI**



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a:

- Dichiaro di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo dei dati personali per la realizzazione delle finalità di cui al punto n.1 delle presenti informazioni privacy.
- Dichiaro, inoltre, 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.
- Acconsento al trattamento dei dati personali da parte del Centro Nazionale Sangue e dei soggetti coinvolti nel trattamento dei dati personali in questione per le finalità indicate al punto n.1 ed attraverso le modalità descritte al punto n. 3 delle presenti informazioni privacy.

**AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI**

**NON AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI**

Data

Firma<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Firma digitale in caso di trasmissione del modulo via PEC o firma autografa in caso di trasmissione del modulo a mezzo raccomandata A/R.