

## **Informativa sulla privacy per i Caregiver**

Se sceglie di essere un caregiver nell'ambito del Programma di Supporto al Paziente di myMGverse, Le verrà chiesto di condividere alcuni dati personali. argenx Italy S.r.l. ("argenx") con sede legale in Largo Francesco Richini 6 Cap 20122, Milano (MI), Italia, agirà in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali. argenx rispetta la Sua privacy e i Suoi diritti e la presente Informativa sulla privacy fornisce una descrizione delle modalità di trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito di questo PSP.

### **Tipi di dati personali**

I dati personali raccolti si limitano al nome, all'età, all'indirizzo, al numero di telefono e alle informazioni relative alla formazione del caregiver. Accettando di essere caregiver, Lei acconsente alla raccolta e al trattamento di tali dati personali da parte del centro di ricerca per conto dello sponsor.

### **Scopo del trattamento dei Suoi dati personali**

Il Suo ruolo di caregiver è volontario. Può scegliere di non essere un caregiver, oppure può accettare il ruolo di caregiver ora e cambiare idea in seguito.

In qualità di caregiver, Lei potrebbe somministrare al paziente il farmaco o aiutarlo in varie attività che non è più in grado di svolgere autonomamente. Per questo motivo, i Suoi dati personali saranno raccolti per fornirLe indicazioni e formazione adeguate, nonché per altri scopi, come nel caso di segnalazione di un problema e/o di un evento avverso o di invio di una richiesta.

### **Ruoli e responsabilità**

La società sponsor, argenx, agisce in qualità di Titolare del trattamento dei dati raccolti e gestiti nell'ambito del programma. PHD Lifescience S.r.l. ("PHD") agisce per conto della società sponsor nell'attuazione e nell'amministrazione di questo programma e gestisce la documentazione di partenza, compresi i dati personali forniti da Lei.

argenx non avrà accesso ai Suoi dati personali Solo i dati relativi alla Sua formazione che non riportano il Suo nome saranno condivisi con argenx da PHD. Il Suo nome sarà mantenuto riservato e non sarà condiviso.

Inoltre, argenx è il Titolare del trattamento di tutte le informazioni relative agli eventi avversi segnalati.

### **Terze parti**

I Suoi dati personali potrebbero essere accessibili a persone o aziende che lavorano per conto di argenx. Nella misura in cui i Suoi dati personali vengono raccolti o elaborati in relazione al Programma, essi potrebbero essere trasferiti a terzi che supportano il Programma e potrebbero non trovarsi nel territorio dell'Unione Europea.

In tali casi, verranno adottate le misure necessarie per garantire la sicurezza dei Suoi dati personali in conformità con le leggi applicabili sulla protezione dei dati. Verranno applicati i meccanismi legali di trasferimento definiti dalla legge applicabile, come le "Clausole contrattuali standard per la protezione dei dati" approvate dall'Unione Europea.

### **Conservazione**

Argenx e PHD conserveranno la documentazione originale, compresi i dati personali forniti da Lei, solo per il tempo strettamente necessario alla realizzazione del Programma e in conformità alle leggi sulla protezione dei dati.

### **I Suoi diritti sulla protezione dei dati**

Durante la partecipazione al programma, Lei potrà esercitare i Suoi diritti sulla privacy (diritto di essere informati e di richiedere l'accesso e una copia dei Suoi dati personali, diritto di richiedere la rettifica o la cancellazione dei Suoi dati personali, diritto di richiedere la limitazione del trattamento, diritto di opporsi al trattamento). Lei ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento e senza fornire motivazioni.

Per esercitare i Suoi diritti alla privacy, si prega di contattare il Program Contact Point di PHD all'indirizzo [mymgverse@phdlifescience.eu](mailto:mymgverse@phdlifescience.eu). PHD collaborerà con il Responsabile della protezione dei dati di argenx per rispondere alla Sua richiesta senza che la Sua identità (ad esempio, nome/indirizzo e-mail ecc.) venga rivelata.

Lei ha inoltre il diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo competente in materia di protezione dei dati, [Garante per la protezione dei dati personali](#), qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali da parte di argenx non sia stato corretto o che non siano stati rispettati i Suoi diritti.

In caso di modifiche al trattamento dei Suoi dati personali, Le verrà comunicata una versione aggiornata dell'Informativa sulla privacy.

Per ulteriori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, si prega di consultare l'[Informativa globale sulla privacy dei dati](#) di argenx. Per ulteriori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito della segnalazione di eventi avversi, si prega di consultare l'Informativa pertinente disponibile [qui](#).

### **Chi contattare per ulteriori informazioni**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

<Aggiunga i segnaposto, se necessario, per fornire i contatti per ulteriori informazioni sul ruolo del caregiver nello studio e sui diritti dei caregiver e a chi contattare in caso di lesioni.>

**Grazie per aver letto questo documento e per aver preso in considerazione l'idea di essere un caregiver.**

Dichiarazione di consenso

Per poter partecipare al Programma di supporto al paziente myMGverse in qualità di caregiver:

- Lei ha letto e compreso l'Informativa sulla privacy sopra riportata
- Lei acconsente di avere tempo sufficiente per leggere e porre domande.
- Lei acconsente alla registrazione come Caregiver nel Programma di assistenza ai pazienti myMGverse.
- Lei acconsente alla raccolta e al trattamento dei Suoi dati personali al fine di fornire al paziente i servizi previsti dal programma come sopra descritto. A tal fine, Lei acconsente che i Suoi dati personali possano essere trasferiti anche a terzi al di fuori del Suo Paese di residenza.
- Lei è stata informata e ha compreso che può recedere dalla partecipazione in qualsiasi momento
- Le sarà consegnata una copia del presente modulo di consenso firmato.

**Blocco firma**

- Una copia di questo modulo firmato mi sarà consegnata.

---

Nome di caregiver

---

Firma

---

Data

Con la firma e la data apposte sul presente modulo, acconsento che la persona sopra indicata agisca in qualità di mio caregiver.

---

Nome del partecipante

---

Firma

---

Data