



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA MEDICA
(redatto ai sensi della DGR 4716/2013 e DDG Welfare n. 1612/2018)**

DATI ANAGRAFICI:

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ telefono _____

Tipologia del campione biologico da analizzare:

Sangue periferico Altro(specificare) _____

Prestazione/i richiesta/e _____

Letta l'informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste,

ACCONSENSO a:

- | | | |
|---|----|----|
| - Utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico | SI | NO |
| - Trattare i miei dati personali, sensibili, genetici | SI | NO |
| - Venire informato sui risultati delle analisi richieste | SI | NO |
| - Rendere partecipe dei risultati il dott. | SI | NO |
| - Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive | SI | NO |
| - Utilizzare il materiale biologico e il referto risultante per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento ai programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche | SI | NO |
| - Conservare ed utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, <u>per approfondimenti a fini diagnostici:</u> | | |
| presso il Centro che esegue le analisi | SI | NO |
| presso altri Centri, anche al di fuori dell'Unione Europea | SI | NO |
| - Conservare ed utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, <u>per ricerca inerente la patologia in oggetto:</u> | | |
| presso il Centro che esegue le analisi | SI | NO |
| presso altri Centri, anche al di fuori dell'Unione Europea | SI | NO |

Firma dell'interessato _____

Timbro e Firma dello Specialista _____

Luogo e Data _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ REVOCA il consenso sopra riportato

Firma _____ Data _____