



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

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE/TUTELATO _____
(cognome e nome) (data di nascita)

DATI ANAGRAFICI DEL/DEI GENITORE/I O DEL TUTORE

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ telefono _____

Tipologia del campione 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, per approfondimenti a fini diagnostici:
 - 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, per ricerca inerente la patologia in oggetto:
 - presso il Centro che esegue le analisi SI NO
 - presso altri Centri, anche al di fuori dell'Unione Europea SI NO

Firma del genitore/tutore _____

Firma del minore/tutelato (se possibile) _____

Timbro e firma dello Specialista _____ **Luogo e Data** _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/I sottoscritto/i _____
in qualità di genitore/i o tutore REVOCA/NO il consenso sopra riportato
Firma _____ Data _____