

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE**  
*(minori e persone con tutori legali)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapiti: Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

E

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapiti: Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Genitore/i o Tutore/i di \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**DICHIARO/A**

di aver ricevuto, nel corso del colloquio con il/la Dottore/Dottoressa \_\_\_\_\_ avvenuto in data \_\_\_\_\_, dettagliate informazioni sull'analisi genetica che mi accingo ad eseguire, di aver compreso e valutato tutti gli aspetti dell'esame, di aver compreso l'utilità e le finalità dell'analisi genetica ed i suoi eventuali limiti. Ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti. In particolare:

- mi è stato spiegato lo scopo del test;
- mi sono stati spiegati i limiti del test;
- ho discusso sui possibili rischi, benefici e limiti connessi al test;
- ho compreso che l'esito del test genetico può comportare conseguenze mediche e psicologiche, per me e la mia famiglia;
- ho compreso il significato di possibili risultati del test;

- sono stato/a informato/a delle persone che avranno accesso al campione biologico;
- sono stato/a informato/a delle persone che avranno accesso all'esito del test;
- di aver preso visione dell'informativa privacy resa dal in sede di prestazione sanitaria;
- di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, mediante la firma del relativo atto di revoca.

Pertanto:

**ACCONSENTO**

al prelievo al minore o alla persona tutelata del materiale biologico:

sangue periferico  altro \_\_\_\_\_

per l'esecuzione dell'analisi: \_\_\_\_\_

**INDICAZIONE ALL'ANALISI**

**DICHIARO inoltre di:**

- |                                 |                                     |   |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | essere informato circa i risultati dell'analisi;  |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | Rendere partecipe dei risultati il/la Dott./ssa _____   |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso il centro che esegue le analisi;   |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il materiale biologico possa essere utilizzato in futuro, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per ulteriori indagini a fini diagnostici presso altri centri, anche fuori dall'Unione Europea;   |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | essere informato circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;  |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | essere informato dei risultati delle analisi anche in relazione a notizie inattese, che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive;   |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il materiale biologico e i loro referti anonimizzati possano essere utilizzati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per scopi di ricerca e/o statistico e autorizzo il personale del laboratorio a contattarmi telefonicamente per eseguire il follow-up, finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico e per informazioni sulle prestazioni del laboratorio; |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> NON volere | essere informato circa i risultati della ricerca.   |

**TUTTO CIÒ PREMESSO**

Prendo atto che il trattamento dei miei dati personali e particolari sono trattati ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a) del Reg. EU 2016-679. I dati non saranno diffusi o ceduti a terzi e utilizzati solo per le finalità di diagnosi e cura.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del paziente\*: \_\_\_\_\_

Firma del/i genitore/i o tutore/i\*: a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

Lo Specialista che ha raccolto il consenso (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Firma e timbro dello Specialista\*: \_\_\_\_\_

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

mail/pec \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali  
previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

**D I C H I A R O**

- di essere genitore del minorenne (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età.

- che il mio stato civile è il seguente: [ ] Coniugato/a [ ] Vedovo/a [ ] Separato/a [ ] Celibe/nubile [ ] Divorziato/a

- in situazione di: [ ] Affidamento congiunto [ ] Genitore affidatario [ ] Genitore non affidatario

- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice civile, l'altro genitore NON può firmare il consenso perché assente per:

[ ] lontananza [ ] impedimento

che rende impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, e quindi dichiara di esercitare in modo esclusivo la responsabilità genitoriale, come genitore unico.

- che, ai fini dell'applicazione della Legge 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al Codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

[ ] che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

Altro: \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto,

Data II/la dichiarante (firma per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_  
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI REVOCA DEL CONSENTO**

**REVOCA DEL CONSENTO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

(genitore/i o Tutore/i del minore) \_\_\_\_\_ preso atto che in base all'art. 17 del Reg. UE 2013/679 ho diritto alla cancellazione dei dati personali e particolari che comunicato e per i quali ho prestato il consenso al trattamento in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e che questa cancellazione deve avvenire senza ingiustificato ritardo qualora:

- a) i dati personali non siano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- b) non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento;
- c) mi opponga al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 1 del sopra detto Regolamento e non sussista alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure mi opponga al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 21 par. 2 del medesimo Regolamento (trattamento dei dati per finalità di marketing diretto);
- d) i dati personali siano stati trattati illecitamente;
- e) i dati personali debbano essere cancellati per adempiere ad un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dallo Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;

**TUTTO CIÒ PREMESSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

n.q. di genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ dichiaro di **REVOCARE** il consenso fornito in data \_\_\_\_\_

con riguardo a (indicare il tipo di consenso prestato che si intende revocare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e dichiaro inoltre, di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dalla mia revoca con riferimento alla prestazione richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_