

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI GENETICHE**  
(*Adulti*)

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: \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

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 (anche inattesi);
- 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**

all'esecuzione della/e seguente/i analisi: \_\_\_\_\_

sul materiale biologico:  sangue periferico  tampone buccale  Liquido amniotico  Villi coriali

altro (indicare) \_\_\_\_\_

**INDICAZIONE ALL'ANALISI**

**DICHIARO inoltre di:**

Volere  NON volere essere informata/o circa i risultati dell'analisi;

Volere  NON volere Rendere partecipe dei risultati il/la Dott. Ssa \_\_\_\_\_

Volere  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;

- 
- Volere  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;
- 
- Volere  NON volere essere informata/o circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;
- 
- Volere  NON volere essere informata/o 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;
- 
- Volere  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;
- 
- Volere  NON volere essere informata/o 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\*: \_\_\_\_\_

**RILASCIO IL MIO CONSENSO** al trattamento dei dati ai sensi dell'art 7 del GDPR 2016/679 e **AUTORIZZO** a fornire notizie relative alle MIE indagini genetiche a:

- Familiari (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Medico (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.

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

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

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

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

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

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

**REVOCA DEL CONSENTO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ preso atto che in base all'art. 17 del Reg. UE 679/2016 ho diritto alla cancellazione dei dati personali e particolari che comunicato e per i quali ho prestato il consenso al trattamento 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 \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_

dichiaro di **REVOCARE** il consenso fornito in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con riguardo a (indicare il tipo di consenso prestato che si intende revocare) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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