

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;

<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 informata/o circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;
<input type="checkbox"/> Volere	<input type="checkbox"/> 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;
<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 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 CONSENSO

REVOCA DEL CONSENSO

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 _____