

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
ANALISI DI GENETICA MEDICA (DGR 4716/2013)**

P.O. DI UO

Dati Anagrafici:

Cognome Nome

Nato/a a (Prov. ...) il

CF : Recapito telefonico : cell.

Residente a :

TIPOLOGIA del Campione da analizzare: sangue periferico sangue midollare altro (specificare)**Prestazione/i richiesta/e**Presa visione dell'informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone letto con attenzione e compreso il contenuto, e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste, **esprimo il mio consenso a:**

1. utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico SI NO
2. trattare i miei dati personali, sensibili, genetici SI NO
3. conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO
4. rendere partecipe dei risultati il Dott. SI NO
5. rendere partecipi dei risultati i miei famigliari, qualora ne facciano richiesta SI NO
6. conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive SI NO
7. 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 della Unione Europea SI NO
8. utilizzare il materiale biologico e i referti risultanti, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per studi e ricerche finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità delle prestazioni dei Laboratori di Analisi Cliniche SI NO

Firma dell'Interessato/a

Firma dello Specialista..... N. Matr.

Data..... Ora.....

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto/a, sulla base della normativa vigente in materia, REVOCA il proprio consenso sopra riportato.

Data

Firma