



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI  
ANALISI DI GENETICA MEDICA (DGR 4716/2013)  
IN SOGGETTO MINORE O TUTELATO**

**P.O. DI** ..... **UO** .....

Dati Anagrafici del Minore o Tutelato :

**Cognome** ..... **Nome** .....

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

**CF** : ..... **Recapito telefonico** : ..... **cell.** .....

Residente a : .....

Dati Anagrafici di entrambi i Genitori del Minore , ovvero del Tutore :

**1. Cognome** ..... **Nome** .....

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

**CF** : ..... **Recapito telefonico** : ..... **cell.** .....

**2. Cognome** ..... **Nome** .....

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

**CF** : ..... **Recapito telefonico** : ..... **cell.** .....

**TIPOLOGIA del Campione da analizzare:**

**sangue periferico**       **sangue midollare**       **altro (specificare) .....**

**Prestazione/i richiesta/e** .....

Preso visione dell'informativa consegnatami/ci 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 / esprimiamo il mio / nostro consenso a:**

**1.** utilizzare a scopo diagnostico il campione biologico di .....  
( figlio minore,  soggetto tutorato)       **SI**       **NO**

**2.** trattare i suoi dati personali, sensibili, genetici       **SI**       **NO**

**3.** conoscere i risultati delle indagine richieste       **SI**       **NO**

**4.** rendere partecipe dei risultati il Dott. ....       **SI**       **NO**

**5.** rendere partecipi dei risultati i famigliari del minore/ il tutore legale del soggetto tutelato 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**

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p><b>MODULO</b></p> <p><i>Consenso al trattamento medico-chirurgico in soggetto Minore e /o Tutelato</i></p>	<p>Cod. MOD03POL03MQ05 Standard ISO: 8.4.3 Std RL: IDP 4.1 Data 29/06/2018 Rev. 01 Pagina 2 di 2</p>
--	---	--

7. utilizzare il materiale biologico e i dati di ....., 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/e di entrambi del/i Genitore/i o del Tutore legale:

**(compilare anche il MOD10POL02, consegnato contestualmente )**

1. ....
2. ....

Firma del Minore / Tutelato ( se possibile) .....

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

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

### **REVOCA del CONSENSO**

Il/i sottoscritto/a/i:

1. ....,
2. ....,

in qualità di  Genitori,  Tutore legale di :

.....,

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

Data .....

Firma .....