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:

☐ Volere	☐ NON volere	essere informato 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 informato circa i risultati delle ulteriori indagini a fini diagnostici effettuate;
☐ Volere	☐ 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;
☐ 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 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 D I 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 Il/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 CONSENSO

REVOCA DEL CONSENSO

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 _____