

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE, MOLECOLARI E
BIOCHIMICHE

Le analisi genetiche comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, su qualsiasi prodotto genico, con lo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico che causano o predispongono allo sviluppo di Malattie. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche e/o biochimiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Il/La sottoscritto:

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residente in _____ via _____

Cellulare _____ email _____

In qualità di:

- Diretto interessato
- Genitore, se il paziente è minore
- Amministratore di sostegno o tutore

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residente in _____ via _____

Accetto di:

- Sottopormi ad un esame fisico, comprendente un prelievo di sangue e la raccolta di dati anagrafici e clinici.
- Consentire che il mio campione biologico sia conservato in una struttura protetta, supervisionata dal responsabile del laboratorio, non solo per il tempo necessario all'esecuzione del test ma che siano disponibili in futuro per me e/o per i membri della mia famiglia.
- Consentire che le mie informazioni personali (dati) cliniche siano esaminati per le finalità del test.
- Consentire che le mie informazioni personali e sanitarie e i miei campioni di sangue anonimi possano essere utilizzati a fini di ricerca, previa approvazione del comitato etico pertinente.
- Acconsento che i risultati dei test siano archiviati in file elettronici in conformità con le disposizioni di legge ed utilizzati senza divulgare dati personali a fini di scientifici o di qualità.

[Sì No

SI PRESTA IL CONSENSO

al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione del test biochimico e/o genetico:

Napoli, addì ____/____/_____

Firma dell'interessato _____

Il risultato delle analisi sarà comunicato al clinico di riferimento, in maniera conforme al Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati **GDPR 2016/679 e al D.Lgs. n.101/2018.**

CONFERMA DEL RESPONSABILE O DELLA PERSONA DESIGNATA A RACCOGLIERE IL
CONSENSO

Ho descritto gli obiettivi del test genetico all'interessato, ai genitori (in caso di minore) o tutore, inclusi i tempi di esecuzione del test e i possibili risultati negativi.

Il Responsabile(o suo designato): _____
[Nome della persona]

Data ____/____/_____ Firma: _____