



CONSENSO INFORMATO AL TEST GENETICO

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale

Io sottoscritto/a Cognome.....Nome.....
 nato/a a.....prov.....ilresidente a.....
 prov.....cap..... nella via
 tel.....cell.....e-mail
 in qualità di diretto interessato rappresentante legale
 (genitore, tutore, etc.)
 a seguito del colloquio intercorso con il/la Dr./Dr.ssa.....

DICHIARO

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli aspetti geneticie di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi genetica propostami;
- di aver avuto il tempo necessario per porre domande e per manifestare il mio consenso, senza alcun condizionamento o coercizione;
- di aver compreso che tutte le informazioni ed i dati che saranno raccolti, in relazione alla mia persona e familiari compresi, saranno tenute riservate e trattate in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. n.101/2018), in osservanza del Regolamento (U.E.)2016/679, nonché alle norme dettate dai codici di deontologia medica;
- di aver compreso che le informazioni raccolte potranno essere utilizzate e divulgate, in forma assolutamente anonima, per scopi ulteriori di studi o ricerche scientifiche;
- di essere stato informato del diritto di revocare il presente consenso, in qualsiasi momento, senza incorrere in alcun ostacolo e senza necessità di motivarne la decisione, consapevole che ciò non comporta alcuna penalità, nè influenzerà le cure mediche che mi saranno prestate, nè il rapporto con la struttura sanitaria;

Io sottoscritto/a visto quanto sopra, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza

CONSENSO al prelievo di materiale biologico per l'analisi..... che verrà eseguita presso (tipologia del campione.....)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONSENSO che il materiale biologico raccolto sia conservato presso la BIOBANCA, sotto la responsabilità del Direttore della struttura, per ulteriori studi o ricerche scientifiche(ivi compreso il DNA estratto dal campione)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONSENSO di essere informato circa i risultati del test genetico, comprese eventuali notizie inattese	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONSENSO che i miei dati personali, anche di carattere genetico, possano essere utilizzati per informare i miei familiari su eventuali risultati utili alla loro salute	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONSENSO la cessione del materiale biologico, in forma anonimizzata, a Terzi operanti nel campo della ricerca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
AUTORIZZO alla conservazione dei campioni biologici e dei miei dati personali, senza limiti di tempo, esclusivamente per fini di archiviazione nel pubblico interesse,	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No





di ricerca scientifica o storica o a fini statistici secondo norma	
--	--

CONSENTO che vengano raccolte informazioni, dati clinici ed eventuali campioni citoistologici (e relativa diagnosi) da altre Istituzioni e Strutture autorizzate, riguardanti la mia storia clinica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

CONSENTO il trasferimento dei dati personali in paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea per scopi di sperimentazione/ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

In caso di mia revoca al consenso desidero che

- I miei campioni biologici siano resi irreversibilmente anonimi e continuino ad essere conservati in BIOBANCA
- I miei campioni biologici e relativi dati siano distrutti (*c.d. diritto all'oblio*)

Firma del cittadino/assistito

Io sottoscritto/a.....

dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le finalità del test genetico, la raccolta, la conservazione e l'utilizzo che potrebbe essere fatto in futuro dei miei campioni biologici e dei dati correlati, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Foggia li,

Firma dell'interessato

RISERVATO AL PROFESSIONISTA

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver fornito appropriate informazioni circa il test genetico illustrando in modo chiaro e con linguaggio semplice, le implicazioni psicologiche, i limiti laboratoristici e di possibilità preventive, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e di prendere atto della sua libera decisione come sopra espressa.

è stato richiesto l'ausilio di un Interprete/Mediatore culturale Firma del mediatore culturale.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Firma del medico che ha compilato il modulo.....

