



Regione Puglia
COMITATO ETICO INTERPROVINCIALE AREA 1
(A.O.U. di Foggia, ASL FG, ASL BAT)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PER SCOPI di SPERIMENTAZIONE CLINICA CHE TRATTINO DATI GENETICI

Nel caso in cui gli esiti dei *test*, nonché i risultati delle ricerche, comportino un beneficio concreto diretto in termini di terapia, prevenzione o di consapevolezza nelle scelte riproduttive

DICHIARA

- di voler conoscere tali informazioni** **di non voler conoscere tali informazioni**
(solo nel caso la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri)

Nel caso in cui gli esiti dei *test*, nonché i risultati delle ricerche, comportino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive, anche per gli appartenenti alla stessa linea genetica

DICHIARA

- di acconsentire** alla comunicazione di tali informazioni a questi ultimi, qualora ne facciano richiesta
 di non acconsentire alla comunicazione di tali informazioni a questi ultimi, qualora ne facciano richiesta

Nel caso in cui l'AOU di Foggia non effettui, presso i propri laboratori, l'analisi richiesta

DICHIARA

- di acconsentire** all'invio dei campioni biologici presso il Laboratorio di _____ esterno all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia per l'esecuzione del seguente esame _____
 di non acconsentire al trasferimento dei campioni biologici presso il Laboratorio di _____, esterno all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia per l'esecuzione del seguente esame _____.

Foggia, li _____

Firma del dichiarante _____

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Ospedali Riuniti" di Foggia

SPONSOR

SPERIMENTATORE

COMITATO ETICO
