

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI**

(Regolamento (UE) 2016/679 e del Provvedimento dell'Autorità Garante n. 146 del 5 giugno 2019 allegato 1, punto 4 "Prescrizioni relative al trattamento dei dati genetici (aut. gen. n. 8/2016)")

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R 445/2000,

**in qualità di diretto**

interessato

rappresentante legale (\*) \_\_\_\_\_

(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

congiunto (\*)

famigliare (\*)

convivente (\*)

responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (\*)

(\*) del paziente \_\_\_\_\_

(nome e cognome)

nato/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati genetici, resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e ai sensi dell'Autorizzazione generale del Garante per la protezione dei dati personali n. 8/2016 del 15 dicembre 2016 secondo i contenuti di cui al Provvedimento n. 146 del 5 giugno 2019;
- di acconsentire al trattamento dei dati genetici *e/o dei dati derivanti dai campioni biologici*, nei termini e nei modi indicati dall'informativa sopra citata;
- di aver ricevuto informazioni adeguate sulla possibilità di revocare il consenso alla conservazione e all'utilizzo dei campioni biologici in qualunque momento e senza dover fornire alcuna spiegazione;
- di voler conoscere i risultati dell'esame o della ricerca, comprese eventuali notizie inattese che mi riguardano

**SI NO**

- di voler essere contattato dal personale sanitario della Unità Operativa/ambulatorio di riferimento, per lettera, telefonicamente o via e-mail, dichiarando che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed esonerando l'Unità Operativa/ambulatorio, in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso, allo scopo di essere informato circa la disponibilità di nuovi test/indagini da eseguirsi ai fini della tutela della salute e/o per la raccolta di informazioni cliniche e/o a scopo di ricerca

**SI NO**

- di acconsentire all'utilizzo per scopi di didattica/ricerca scientifica dei dati genetici e dei campioni biologici prelevati

**SI NO**

Bologna, \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato o avente diritto \_\_\_\_\_

Il presente consenso al trattamento dei dati potrà essere revocato in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare tramite posta ordinaria a Studium Genetics S.r.l., via Francesco Petrarca 2, 40136 Bologna; [www.studiumgenetics.com](http://www.studiumgenetics.com); Tel +39 051 032 1925; mail: info@studiumgenetics.com

**REVOCA DEL CONSENSO**

Revoco il consenso sopra espresso

Data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma del medico/professionista \_\_\_\_\_