



**Consenso informato all'esecuzione di analisi di Genetica Medica** (DGR 4716/2013)

Dati anagrafici .....  
 Recapiti .....

**TIPOLOGIA del Campione da analizzare:**

Sangue periferico  altro .....

**Prestazione/i richiesta/e** .....  
 .....

Letta l'informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste, **acconsento a**

utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico  SI  NO

trattare i miei dati personali, sensibili, genetici  SI  NO

conoscere i risultati delle indagini richieste  SI  NO

rendere partecipe dei risultati il dott. ....  SI  NO

conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive  SI  NO

utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici:

- presso il Centro che esegue le analisi  SI  NO

- presso altri Centri, anche al di fuori della Unione Europea  SI  NO

rendere partecipi dei risultati i miei familiari, qualora ne facciano richiesta  SI  NO

Firma dell'Interessato .....

Firma dello Specialista .....

Data .....

**REVOCA del CONSENSO**

Il sottoscritto ..... in data .....  
 REVOCA il consenso sopra riportato  
 Firma .....