



Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Genetica Medica Per minore o tutelato	(DGR 4716/2013)
--	-----------------

Dati anagrafici del minore/tutelato
 Dati anagrafici di entrambi del/i genitore/i o del tutore
 Recapiti

TIPOLOGIA del Campione da analizzare:

- Sangue periferico altro

Prestazione/i richiesta/e

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

utilizzare il campione biologico del minore/tutelato a scopo diagnostico SI NO

trattare i dati personali, sensibili e genetici del minore/tutelato 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 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 famigliari del minore/tutelato, qualora ne facciano richiesta SI NO

Eventuali commenti

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore.....

Firma del minore/tutelato (se possibile)

Firma dello Specialista Data

REVOCA del CONSENSO

Il/i sottoscritto/i in qualità di genitore/i/ o tutore, REVOCA/NO il consenso sopra riportato Firma Data
--