



FONDAZIONE
IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA
Tel. 0382 5011

**Modulo per l'acquisizione del consenso informato
per l'esecuzione di indagini di Genetica Medica (DGR 4716/2013)**

Cognome e Nome _____

Nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

Residente a _____ Provincia di _____

In via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

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/la dott./dott.ssa _____** 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 famigliari, qualora ne facciano richiesta** SI NO

Data ___ / ___ / ___

Firma dell'Interessato _____

Firma dello Specialista _____

REVOCA del CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ in data ___ / ___ / ___

REVOCA il consenso sopra riportato. Firma _____