

**CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO DI
MATERIALE BIOLOGICO PER ESECUZIONE DI
ANALISI GENETICHE**

COD: CI43

Data: 24/02/2021
Rev.: 11
Pagina 1 di 2
Emesso da:
Direzione Sanitaria

Io sottoscritto (cognome e nome) _____
nato il ____ / ____ / ____ a _____
residente in via _____ n. _____
a _____
titolare del documento di identità n. _____
rilasciato da _____
telefono _____ C F _____

**ETICHETTA DATI
PAZIENTE**

In qualità di: **Paziente**

Rappresentante Legale: genitore/i tutore amministratore di sostegno (allegare provvedimento)

del paziente (cognome e nome) _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

ricoverato presso l'Unità Operativa _____ paziente ambulatoriale

Informato in modo dettagliato e comprensibile dal medico che richiede l'esame, Dr. _____
in merito alle modalità e alle finalità e ai limiti del prelievo e del test genetico propostomi,

DICHIARO DI

- aver avuto la possibilità di **porre tutte le domande** che ho ritenuto opportune e di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti;
- aver compreso che le analisi genetiche effettuate sul materiale biologico _____ prelevato potrebbero condurre ai seguenti **risultati:** _____.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'analisi di uno o più geni coinvolti nella patogenesi della malattia di cui sono affetto o di cui è affetto uno o più soggetti della mia famiglia;

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'analisi dell'**esoma** e/o del **genoma** ai fini di una possibile migliore definizione della causa genetica della malattia di cui sono affetto o di cui è affetto uno o più soggetti della mia famiglia;

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'effettuazione **in futuro di ulteriori indagini genetiche** sul materiale biologico sopra citato in relazione a nuove conoscenze scientifiche e/o all'evoluzione clinica della mia malattia;

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** la comunicazione dei risultati delle suddette analisi al **sottoscritto**;

**CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO DI
MATERIALE BIOLOGICO PER ESECUZIONE DI
ANALISI GENETICHE**

COD: CI43

Data: 24/02/2021
Rev.: 11
Pagina 2 di 2
Emesso da:
Direzione Sanitaria

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** la comunicazione di tali risultati alle persone di seguito indicate:

_____ (cognome e nome)

_____ (recapito telefonico o email)

_____ (cognome e nome)

_____ (recapito telefonico o email)

al mio medico, Dr. _____

_____ (cognome e nome)

_____ (recapito telefonico o email)

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'utilizzo dei materiali biologici e dei referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità (VEQ) delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche.

Firma del paziente / genitori / tutore / amm. di sostegno* _____

Firma del minore (tutelato) se possibile _____

Il Dr. _____ dichiara di essersi accertato che il paziente, o il suo rappresentante legale, abbia compreso tutte le informazioni fornite e che il consenso è stato acquisito in presenza del testimone/i _____
(specificare cognome e nome e qualifica del testimone)

Data ___ / ___ / _____

Timbro e firma del medico o dell'operatore _____

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete/ mediatore culturale: sì no
cognome e nome dell'interprete/mediatore (scrivere in stampatello) _____

firma dell'interprete / mediatore culturale _____

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679

Il titolare del trattamento dei vostri dati personali è la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" – C.F. 01668320151 e P.IVA 04376340156 – con sede legale in Via Celoria 11 – 20133 Milano. I dati di contatto del titolare sono: Tel. (+39) 02 23941 – Fax: (+39) 02 70638217 – E-mail: direzione.generale@istituto-besta.it – PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa *INFO 21 "Informativa sul trattamento – Dati genetici"* reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito web istituzionale www.istituto-besta.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo alla sua attenzione presso le sedi del titolare, ed anche all'indirizzo di posta elettronica: dpo@istituto-besta.it.

* Per i pazienti con amministratore di sostegno firmano amministratore e paziente (quando possibile).