

(cognome e nome) .....  
nato/a il.....a.....residente a .....  
via.....n°.....CF .....  
tel..... e-mail.....

**Da compilare solo per ANALISI GENETICHE SU MINORE**

Dati anagrafici del minore o tutelato: ..... Sesso .....

Dati anagrafici del/i genitore/i o del tutore:

(cognome e nome) ..... nato/a.....  
il.....a.....residente a .....  
via.....n°.....CF .....  
tel.....e-mail..... in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore

(cognome e nome) ..... nato/a.....  
il.....a.....residente a .....  
via.....n°.....CF .....  
tel.....e-mail..... in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore

**TIPOLOGIA DEL CAMPIONE DA ANALIZZARE**

☐ Sangue periferico ☐ Tampone buccale ☐ Liquido Amniotico ☐ Villo Coriale ☐ Altro.....

**PRESTAZIONE/I RICHIESTA/E (indicazione all'analisi):**

.....  
Letta la/le informativa/e consegnatami dallo Specialista che richiede la/e analisi, avendo avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed avendo ricevuto risposte che considero esaurienti sullo scopo del test, sui possibili rischi, benefici e limiti connessi al test e avendo compreso che l'esito del test genetico potrebbe comportare conseguenze mediche e psicologiche, per me e la mia famiglia,

**ACCONSENTO A:**

- Utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico per eseguire l'analisi oggetto del presente consenso, come da informativa/e allegata/e del laboratorio Toma di Busto Arsizio (VA), via F Ferrer 25/27 che esegue l'analisi; SI ☐ NO ☐
- Trattare i miei dati personali, sensibili, genetici ..... SI ☐ NO ☐
- Rendere partecipe dei risultati delle indagini diagnostiche i seguenti soggetti: ..... SI ☐ NO ☐
  - Familiare: ..... SI ☐ NO ☐
  - Medico Dr: ..... SI ☐ NO ☐
- Di essere informato di eventuali risultati inattesi (se presenti) delle indagini effettuate sul sopraccitato campione biologico che possano avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione, o consapevolezza delle 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 ai fini diagnostici: ..... SI ☐ NO ☐  
presso altri centri, anche al di fuori della UE: ..... SI ☐ NO ☐
- Che il sopraccitato campione biologico venga conservato ed utilizzato, con garanzia della massima riservatezza, per ulteriori accertamenti diagnostici ..... SI ☐ NO ☐
- Che il sopraccitato campione biologico, relative immagini e referti vengano conservati ed utilizzati, con garanzia di massima riservatezza, 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 delle prestazioni dei laboratori di analisi cliniche ( disposizione di richiesta obbligatoria, quale requisito di accreditamento di Regione Lombardia e conservazione/utilizzo solo previo consenso utenti. Decreto n.1612/2018). SI ☐ NO ☐

**Pertanto, in base all'informativa ricevuta, che ritengo completa ed esaustiva, accetto che il materiale biologico prelevato sia utilizzato per l'analisi genetica.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

**Da compilare solo per ANALISI GENETICHE SU MINORE**

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico Specialista che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**REVOCA il consenso** sopra riportato nei punti \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_