



## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA MEDICA – Per minore o tutelato (DGR 4716/2013 e 1612/2018)

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 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,  
**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 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 dell' Unione Europea ☐ SI ☐ NO

utilizzare il materiale biologico e i referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico e epidemiologico ☐ SI ☐ NO

rendere partecipi dei risultati i familiari del minore/tutelato, qualora ne facciano richiesta ☐ SI ☐ NO

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 del tutore,

REVOCA/NO il consenso sopra riportato

Firma ..... Data.....