



Scheda di Accettazione

Si prega di completare tutte le informazioni richieste. La compilazione incompleta di questo modulo potrebbe causare ritardi nel processamento del campione.

PAZIENTE

Nome e Cognome

.....

Data di nascita

/ /

Codice Fiscale

.....

Città

.....

Indirizzo

.....

C.A.P.

.....

Telefono

.....

e-mail

.....

TEST RICHIESTO

.....

.....

.....

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORE O NON IN GRADO DI ESPRIMERE IL CONSENSO

Dati dei / del

Genitori

Genitore¹ con dichiarazione sostitutiva (sez.5)

Tutore dell'assistito minorenni

Nome e Cognome della Madre o del Tutore

.....

Luogo di nascita

.....

Data di nascita

/ /

Codice Fiscale

.....

Residente

.....

Indirizzo

.....

C.A.P.

.....

Telefono

.....

e-mail

.....

Nome e Cognome del Padre

.....

Luogo di nascita

.....

Data di nascita

/ /

Codice Fiscale

.....

Residente

.....

Indirizzo

.....

C.A.P.

.....

Telefono

.....

e-mail

.....

1) In caso di test genetico da eseguire su minore, Il consenso deve provenire da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci giuridiche, anche in caso di genitori divorziati o separati o unici affidatari (Codice Civile artt. 151-316-317-317bis)



Consenso Informato

Si prega di completare tutte le informazioni richieste. La compilazione incompleta di questo modulo potrebbe causare ritardi nel processamento del campione.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/I sottoscritto/i consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA/ DICHIARANO

Di aver ricevuto l'informazione chiara e dettagliata sull'indagine, le implicazioni ed i limiti del test, le modalità di gestione dei dati e dei campioni e le loro finalità d'uso.

Pertanto

ACCONSENTE/ONO

NON ACCONSENTE/ONO

al prelievo di materiale biologico e all'analisi per sé

per il minore suindicato

II/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I DICHIARA/NO INOLTRE DI:

- VOLERE NON VOLERE essere informato circa i risultati, anche quando inattesi
- VOLERE NON VOLERE che il materiale biologico relativo all'analisi venga conservato, presso il laboratorio di Genetica Medica dell'IDV e utilizzato, con garanzia di massima riservatezza, per ulteriori studi o ricerche di interesse genetico
- VOLERE NON VOLERE condividere i risultati in forma anonima derivanti da questa analisi in database clinici (quali ad esempio ISCA, Decipher.)
- VOLERE NON VOLERE essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti da tali studi o ricerche, per me o per i familiari che ne possano trarre beneficio.
- VOLERE NON VOLERE che i propri dati personali, sensibili e genetici vengano trattati in forma codificata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR).

Il/I sottoscritto/i è/sono consapevole/i di poter comunicare tempestivamente tramite i contatti in intestazione, ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Firmando questo modulo, dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre al mio medico le domande relative al test, ricevendo risposte soddisfacenti. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web www.istitutovarelli.it per ottenere maggior informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test.

Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento. Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data

Firma

Firma



Consenso Informato

Si prega di completare tutte le informazioni richieste. La compilazione incompleta di questo modulo potrebbe causare ritardi nel processamento del campione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ASSISTITO MINORE IN CASO DI ASSENZA DI UN GENITORE)

Dichiaro che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento (lontananza o altro). L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Firma

.....

Data

Firma e timbro dello specialista che ha raccolto il consenso informato

.....

.....

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto

In data

.....

.....

REVOCA il consenso sopra riportato

Firma

.....