

**Consenso informato all'esecuzione di analisi genetiche postnatali e Autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ in qualità di madre/tutore legale

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ in qualità di padre/tutore legale

Genitori / tutori legali di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DICHIARO di**

- aver ricevuto informativa scritta concernente l'analisi proposta a colui che rappresento:
  - l'analisi del cariotipo                       l'analisi genetico-molecolare per \_\_\_\_\_
- essere stato adeguatamente informato dal Sanitario sottoscritto sul significato dell'analisi genetica indicata
- averne compreso l'utilità, le caratteristiche ed i limiti
- aver potuto porre tutte le domande che ho ritenute opportune e di aver ricevuto risposte che considero chiare ed esaurienti
- essere stato informato della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento

e pertanto, consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000):

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | al prelievo di materiale biologico mio/del minore per l'esecuzione delle analisi sopraindicate  |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | al prelievo del nostro materiale biologico per l'esecuzione di eventuali analisi comparative  |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | all'esecuzione di ulteriori analisi necessarie a precisare/ approfondire i risultati ottenuti   |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | all'eventuale conservazione del campione, dopo conclusione dell'indagine, a scopo di ricerca scientifica (i dati saranno trattati in forma anonima) |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | al trasferimento del campione biologico ed al trattamento dei dati sensibili presso altro centro per approfondimento diagnostico o di ricerca       |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ACCONSENTO | all'inserimento dei risultati nei registri nazionali delle patologie connesse   |

**DICHIARO inoltre di**

- |                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> VOLERE | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> VOLERE | essere informato circa i risultati dell'analisi  |
| <input type="checkbox"/> VOLERE | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> VOLERE | essere informato circa risultati di significato clinico incerto (VOUS)   |
| <input type="checkbox"/> VOLERE | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> VOLERE | essere informato circa risultati inattesi (informazioni su rapporti di consanguineità o relativi alla possibilità di sviluppare malattie su base genetica) |
| <input type="checkbox"/> VOLERE | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> VOLERE | rendere disponibili i risultati delle analisi ai miei familiari su loro richiesta/ su richiesta di personale sanitario                                     |
| <input type="checkbox"/> VOLERE | <input type="checkbox"/> <b>NON</b> VOLERE | rendere partecipe dei risultati il dott. _____   |

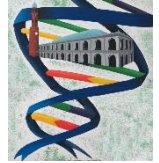
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Sanitario che raccoglie il consenso \_\_\_\_\_

**Revoca del consenso***In riferimento alle analisi genetiche oggetto della presente dichiarazione per il quale è stato espresso il consenso, i sottoscritti dichiarano di voler revocare il consenso.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Autocertificazione per Genitore Unico**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere l'unico rappresentante legale del minore
- l'impedimento alla presenza dell'altro genitore Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
che è stato informato della/e analisi genetica/che proposta/e ed esprime il proprio accordo.

**Informativa sul trattamento dei dati personali***(Articolo 5 dell'Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici del Garante per la protezione dei dati personali – Autorizzazione n.8/2016)*

Gentile signore, desideriamo informarla che il suo materiale biologico, i suoi dati anagrafici e genealogici e le informazioni sul suo stato di salute e su quella dei suoi familiari saranno utilizzati soltanto nella misura in cui questi sono indispensabili per le attività necessarie a determinare i risultati del test da lei richiesto e per fornirle un'appropriate consulenza genetica. A tal fine, i campioni e i dati da lei forniti e quelli sulla sua costituzione genetica risultanti dal test sono trattati con modalità, anche informatizzate, soltanto dal personale del Laboratorio incaricato di svolgere le procedure connesse all'esecuzione del test e, eventualmente, da strutture esterne che svolgono tali attività per conto del Laboratorio.

Dopo l'esecuzione del *test* i suoi campioni biologici vengono conservati presso il laboratorio per il periodo di tempo strettamente necessario all'eventuale verifica dei risultati, salvo che lei acconsenta allo loro conservazione per scopi di ricerca scientifica secondo quanto illustrato nel modulo che le verrà sottoposto. Anche i risultati del *test* sono conservati, in forma cartacea o elettronica, presso il laboratorio in conformità ai vigenti obblighi normativi sulla conservazione dei documenti diagnostici.

Tali risultati verranno forniti a lei o alle persone da lei delegate per iscritto e potranno essere portati a conoscenza di terzi soltanto su sua indicazione. I medesimi risultati non saranno comunicati ad altri soggetti, salvo che, sulla base di una specifica richiesta fondata su adeguata documentazione sanitaria, risultino indispensabili per la tutela della salute di un suo familiare.

I campioni biologici prelevati e i dati che la riguardano sono indispensabili per lo svolgimento del test: *senza* di essi non sarà possibile eseguirlo.

Dall'esecuzione del test richiesto potrebbero essere ottenuti risultati inattesi (ad es. informazioni su rapporti di consanguineità o relativi alla possibilità di sviluppare malattie su base genetica) che saranno comunicati all'interessato nel rispetto della sua dichiarazione di volontà di conoscere o meno tali eventi, qualora questi rappresentino per l'interessato un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive.

Il Titolare e Responsabile del trattamento è l'Azienda ULSS 8 Berica – Viale Rodolfi, 37 – 36100 Vicenza.

ACCONSENTO                       **NON** ACCONSENTO

al trattamento dei dati (personali, sensibili e genetici) miei/ di colui che rappresento nel rispetto della vigente normativa italiana ed europea in materia di privacy e dell'Autorizzazione Generale del Garante al trattamento dei dati genetici (Autorizzazione n.8/2016) esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca scientifica (in quest'ultimo caso i dati saranno trattati in forma rigorosamente anonima), e sono consapevole che potrò revocare tale consenso in qualsiasi momento.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_