

	<b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI PER L'ESECUZIONE DI TEST GENETICI</b>	MODU.SC.003	Rev. 5
SC Genetica Medica U	MODULO	30.04.2019	Pagina 1 di 1

**Dipartimento di Medicina di Laboratorio**

**S.C. Genetica Medica U** (Presidi Molinette e OIRM-Sant'Anna) Direttore prof.sa Barbara Pasini  
tel. 011-6336681 - fax 011-6335181

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI e DEI CAMPIONI BIOLOGICI**

Io sottoscritto/a ..... nata/o a ..... il .....  
documento di identità personale n. .... dichiaro di avere letto e compreso in tutti i suoi aspetti la  
preventiva informativa privacy fornita dal titolare del trattamento dei dati ai sensi del *Regolamento dell'Unione Europea  
2016/679*, e dichiaro di:

- acconsentire**
 **non acconsentire**  
 che vengano trattati presso l' A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino per finalità di tutela della salute, con  
particolare riferimento alla prevenzione, diagnosi e cura delle patologie di natura genetica  
 i miei dati personali sensibili e genetici  
 il materiale biologico che si rende necessario prelevare e conservare ai fini dell'esecuzione dei test diagnostici  
richiesti.

Dichiaro altresì di:

- acconsentire**
 **non acconsentire**  
 che i risultati delle indagini diagnostiche vengano comunicate agli appartenenti alla mia linea genetica, se comportano un  
beneficio concreto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive

- acconsentire**
 **non acconsentire**  
 che i risultati delle indagini diagnostiche vengano comunicate al medico di fiducia Dott. \_\_\_\_\_operante  
presso \_\_\_\_\_, e al sig. / sig.ra. \_\_\_\_\_

Il materiale biologico è conservato fino al completamento del percorso diagnostico o per 5 anni in caso di test per la  
diagnosi di malattie geniche e genomiche per eventuali approfondimenti o esigenze medico-legali.

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto l'informativa, di aver ricevuto tutte le risposte ed i chiarimenti che ritengo necessari e di  
poter prendere visione dei documenti originali che normano l'appropriatezza dei test genetici.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del paziente \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il/la paziente sia un minore oppure si trovi in uno stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o di  
intendere e di volere, il presente consenso è prestato ai sensi della normativa vigente in materia da:

- Soggetti esercenti la responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 316 del CC (entrambi i genitori)
  Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno (di cui si allega atto di nomina)  
 Prossimo congiunto / coniuge / familiare / convivente / unito civilmente / fiduciario ai sensi dell'art.4 della Legge n.219/2017
  Responsabile della Struttura presso cui dimora l'interessato

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_