

**DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO
SSD FARMACOLOGIA CLINICA LABORATORIO
Responsabile. Prof. Emilio Clementi**

Io sottoscritto/a:

Cognome.....Nome.....

Nato il.....a.....Prov.....

Recapito.....

In qualità di genitore/tutore esercente la potestà genitoriale sul minore

Cognome.....Nome.....

A seguito del colloquio intercorso con il/la Dr./Dr.ssa

Cognome.....Nome.....

Letta l' informativa consegnatami dallo specialista prescrittore, avendo compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste

acconsento a

-utilizzare il campione biologico a scopo diagnostico SI NO

-trattare i dati personali, sensibili, genetici SI NO

-conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

-rendere partecipe il Dr..... SI NO

-utilizzare il materiale biologico e i dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di prevenzione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici presso il centro che esegue le analisi

SI NO

-rendere partecipi dei risultati gli altri famigliari, qualora ne facciano richiesta SI NO

Dopo essere stato informato/a della possibilità che i dati genetici ottenuti dai test vengano utilizzati in forma anonima per scopi di ricerca, do il mio consenso SI NO

TIPOLOGIA del Campione da analizzare:

Sangue periferico altro (*specificare*).....

Prestazione/i richiesta/e

Analisi Farmacogenetica.....

GENE/I polimorfico/i.....

Data.....

Firma dell'Interessato.....Firma dello Specialista.....

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto/a Cognome.....Nome.....

Dichiara di revocare il consenso sopra riportato

Data.....

Firma dell'Interessato.....