

Nome: _____ Cognome: _____
nato/a: _____ Prov.: _____ il: _____
Residente a: _____ Prov.: _____ via: _____ n. _____
Recapito telefonico _____

Tipologia del campione da analizzare:

Sangue periferico Altro _____

Prestazione/i richiesta/e _____

Letta l'informativa consegnata dallo specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste, acconsente a:

Utilizzare il mio campione biologico a scopo diagnostico SI NO

Trattare i miei dati personali sensibili genetici SI NO

Conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

Rendere partecipe dei risultati il dott. _____ SI NO

Conoscere eventuali informazione inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO

Utilizzare il materiale biologico e i dei dati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti ai fini diagnostici: SI NO

Presso il Centro che esegue le analisi SI NO

Presso altri Centri, anche al di fuori dell' Unione Europea SI NO

Firma dell'interessato

Firma del medico specialista
(Medico richiedente)

Data _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____ in data _____

REVOCA il consenso sopra riportato.

Firma
