



Dipartimento Area Medica e Oncologia
Counselling Genetico
dott.ssa Daniela Giachino
Tel. 011.9026205 – e-mail: geneticamed@sanluigi.piemonte.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI e DEI CAMPIONI BIOLOGICI

Io sottoscritto/a nato/a 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 degli artt. 13 e 14 del GDPR, e di:

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

che vengano trattati presso l'AOU San Luigi di Orbassano per finalità di tutela della salute

i miei dati personali e sensibili

il materiale biologico che si rende necessario prelevare e conservare per l'esecuzione dei test diagnostici richiesti. Il materiale è conservato fino al completamento del percorso diagnostico o per 5 anni in caso di test per malattie genetiche e genomiche e per eventuali approfondimenti o esigenze medico-legali.

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

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 ACCONSENIRE

che i risultati delle indagini diagnostiche vengano comunicate al medico di fiducia Dott. _____ operante presso _____.

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

che il suddetto materiale venga utilizzato e conservato a scopo di ricerca scientifica (studi non interventistici a basso impatto) e statistica e utilizzato per le pubblicazioni scientifiche relative alle suddette ricerche.

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

che il suddetto materiale, debitamente codificato, venga inviato ad altri Centri/Laboratori esterni, con cui l'Azienda per scopi di ricerca scientifica, ha rapporti di collaborazione.

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

ad essere fotografato durante le prestazioni e a pubblicare le proprie foto e/o materiale iconografico in forma strettamente anonima per finalità di ricerca scientifica e didattica.

VOLERE

NON VOLERE

essere informato di eventuali risultati clinici delle indagini/ricerche effettuate sul suddetto campione qualora questi comportino un beneficio concreto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive.

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

ad essere contattata/o per pianificare eventuali incontri di aggiornamento e controllo:

ai recapiti telefonici e postali indicati nella cartella

esclusivamente al seguente recapito telefonico: _____

attraverso il mio medico di fiducia dott. _____

Data _____

Firma leggibile del paziente



Parte da compilare nel caso di minorenne/interdetto/inabilitato/in temporaneo stato di incapacità

Il/La sottoscritto/a _____ operante presso
l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano in qualità di
_____ dichiara che all'atto della prestazione il/la
paziente Sig./Sig.ra _____ non è in grado di
esprimere liberamente la propria decisione in quanto minore oppure in uno stato di
impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere e di volere, pertanto, il presente
consenso, è validamente prestato da Sig./Sig.ra
_____ in qualità di:

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

Data, _____

Firma/e leggibili di chi esprime il consenso

Timbro e Firma del Medico _____