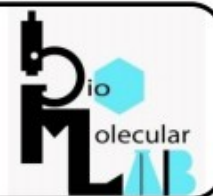


Dati Struttura Richiedente (Timbro)

Ragione Sociale:  
Indirizzo:  
Telefono:  
Fax:  
P.IVA:

Via G. Mercadante 24-26-28  
76121 Barletta (BT)  
Tel. 366 1148402  
info@biomolecular-lab.it  
www.biomolecular-lab.it



## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Le analisi genetiche comprendono un gruppo di esami eseguiti sui cromosomi, sul DNA o su qualunque altro prodotto genico allo scopo di individuare alterazioni correlabili a determinate malattie o la loro presenza in portatori sani.

Tutti i risultati ottenuti da tale tipo di analisi, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

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

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sull'analisi genetica che mi viene proposta e di averne compreso i limiti e l'utilità.

Pertanto ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione del test.

DICHIARO inoltre di:

- Volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati delle analisi
- NON volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati delle analisi
  
- Volere rendermi disponibile a contattare altri membri della famiglia, il cui coinvolgimento potrebbe essere rilevante ai fini delle analisi genetiche
- NON volere rendermi disponibile a contattare altri membri della famiglia, il cui coinvolgimento potrebbe essere rilevante ai fini delle analisi genetiche
  
- volere essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche
- NON volere essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche
  
- Volere che vengano raccolte informazioni, dati clinici ed eventuali campioni biologici (e relativa diagnosi) da altre Istituzioni, riguardanti la mia storia clinica e limitatamente alla malattia in oggetto

- NON volere che vengano raccolte informazioni, dati clinici ed eventuali campioni biologici (e relativa diagnosi) da altre Istituzioni, riguardanti la mia storia clinica e limitatamente alla malattia in oggetto

Mi IMPEGNO, infine, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Esprimo inoltre il CONSENSO, ai sensi del D.Lgs 196/03 al trattamento dei miei dati personali, consapevole che i dati medesimi rientrano nel novero dei “dati sensibili” di cui all’art.4 comma 1 lett. D) e art.26 del sopracitato decreto in materia di tutela dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma (del paziente o di chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_

Firma di chi a raccolto il consenso \_\_\_\_\_