

Consenso all'esecuzione di indagini genetiche postnatali e al trattamento dati personali

Io sottoscritto/a.....
 Nato/a ail
 Residente in Via n°.....
 Città.....Prov.....Tel.....
 In qualità di rappresentante legale di
 Nato/a a il

DICHIARO

- di aver ricevuto una dettagliata informazione durante colloquio pre test, in cui ho posto tutte le domande che ho ritenute opportune e mediante l'informativa scritta
- di essere informato che il trattamento dei dati personali/genetici è conforme alle disposizioni contenute nel **Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali** e nel **Provvedimento dell'Autorità Garante Autorizzazione al trattamento dei dati genetici** ultima revisione.
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO**

l'esecuzione dell'esame genetico per:

- Cariotipo ◦ Microdelezioni del cromosoma Y
- HLA A ◦ HLA B ◦ HLA-C ◦ HLA-DQB1 ◦ HLA-DRB1
- Mutazione FII ◦ Mutazione FV Leiden ◦ Celiachia ◦ Genotipo ApoE
- Artrite giovanile (HLA B,C,DRB1) ◦ Artrite reumatoide (HLA DRB1) ◦ Artrite reattiva (HLA B) ◦ Malattia di Bechet (HLA B)
- Sacroileite (HLA B) ◦ Spondiloartrite (HLA B) ◦ Artrite psoriasica (HLA B,C) ◦ Uveite (HLA B)

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO**

che in conseguenza dei risultati ottenuti possano essere eseguite ulteriori analisi necessarie a precisare quanto osservato.

☐ **ACCETTO** ☐ **NON ACCETTO**

il trasferimento del campione biologico e il trattamento dei dati sensibili e genetici associati presso altre strutture esterne per conto del Laboratorio in caso di necessità di approfondimento diagnostico.

INOLTRE INDICO DI

☐ **VOLERE** ☐ **NON VOLERE**

essere informato/a anche su eventuali risultati inattesi ottenuti, in ogni caso, oppure solo qualora questi rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive

☐ **VOLERE** ☐ **NON VOLERE**

rendere disponibili i risultati dell'esame genetico eseguito ai componenti del mio nucleo biologico, qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi e qualora i medesimi ne facciano richiesta

☐ **VOLERE** ☐ **NON VOLERE** rendere partecipe dei risultati il Dr.....

☐ **VOLERE** ☐ **NON VOLERE** rendere partecipe dei risultati il Sig

Data, Firma

Firma di chi ha raccolto e illustrato il consenso Dr.....

REVOCA

Io sottoscritto/a.....dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso.

Data, Firma