

## CONSENSO ALL'ANALISI GENETICA PER MINORE O TUTELATO

### DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI O DEL TUTORE

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
città, provincia, paese \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
In qualità di GENTIORE \*  TUTORE

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
città, provincia, paese \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
In qualità di GENTIORE \*  TUTORE

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenetica,

### in qualità di tutore del diretto interessato dichiaro di essere a conoscenza che:

- per effettuare l'analisi è necessario acquisire un campione biologico (es. sangue periferico o saliva) di mio figlio o del soggetto sotto tutela e che i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;  sì  no
- i risultati dell'analisi saranno disponibili dopo 60-240 giorni dalla data di ricevimento del campione a seconda del pannello genetico richiesto e/o dell'eventuale urgenza (nel caso si rendessero necessarie eventuali indagini aggiuntive i tempi potrebbero essere più lunghi);  sì  no
- l'analisi fornisce informazioni solo in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;  sì  no
- se non indicato diversamente, il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta;  sì  no
- l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;  sì  no
- il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del DNA di mio figlio, o del soggetto sotto tutela anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile;  sì  no
- nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione familiare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati;  sì  no
- i risultati dell'analisi verranno comunicati/inviati, anche sotto forma di file informatico, direttamente al Medico Specialista che ha fatto la richiesta;  sì  no
- in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati o la loro cancellazione;  sì  no
- il titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel.0498705062, mail: [privacy@rigenetics.com](mailto:privacy@rigenetics.com) e il responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati.  sì  no

**dichiaro quindi di acconsentire:**

- al prelievo e all'utilizzo del campione biologico di mio figlio o del soggetto sotto tutela per l'esecuzione dell'indagine richiesta  
a scopi diagnostici  si  no  
ad eventuali approfondimenti diagnostici  si  no  
e/o per scopo di ricerca  si  no
- che questa struttura, nei casi di competenza, gestisca il trattamento dei miei dati personali e dei dati sensibili di cui agli articoli 5, 6 e 9 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679;  si  no
- alla comunicazione dei risultati dell'indagine al Prof./Dott. che ha richiesto l'analisi  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_  si  no
- alla comunicazione di eventuali risultati incidentali emersi a seguito dell'esecuzione dell'indagine richiesta e qualora si giovino di terapia o prevenzione o stato di portatore;  si  no
- all'invio del referto, anche per via telematica, all'Ente/Medico che ha richiesto l'analisi;  si  no
- alla conservazione per almeno 10 anni, presso il laboratorio, del campione e dei risultati.  si  no

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ASSISTITO MINORE IN MANCANZA DI UN GENITORE)**

L'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento (lontananza o altro)

L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

DATA \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma del Medico/Biologo  
che ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

(\*) Il consenso informato specifico per il test genetico nel minore deve provenire da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci giuridiche, anche in caso di genitori divorziati o separati o unici affidatari (Codice Civile, artt. 155-316-317-317 bis).