

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE MOLECOLARI PER
MINORE O TUTELATO**

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO:				
nome e cognome		data di nascita		Codice Fiscale
DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI O DEL TUTORE				
Io sottoscritto/a (nome e cognome)		nato/a il		Codice Fiscale
residente in via/piazza	n.	(città, provincia, paese)	telefono	e-mail
In qualità di	GENITORE* <input type="checkbox"/>		TUTORE <input type="checkbox"/>	
Io sottoscritto/a (nome e cognome)		nato/a il		Codice Fiscale
residente in via/piazza	n.	(città, provincia, paese)	telefono	e-mail
In qualità di	GENITORE* <input type="checkbox"/>		TUTORE <input type="checkbox"/>	

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi, avendo letta l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi e avendo compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, ecc.) 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 i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i risultati dell'analisi saranno disponibili dopo 60-120 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);	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
l'analisi fornisce informazioni unicamente in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
se non indicato diversamente, il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> 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;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> 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;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i risultati dell'analisi verranno comunicati/inviati, anche sottoforma di file informatico, direttamente al Medico Specialista che ha fatto la richiesta;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati, o la loro cancellazione;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
il Titolare del trattamento è R&I Genetics s.r.l., numero di tel.0498705062, mail: privacy@researchinnovation.com e il Responsabile della protezione dei dati è il Dott. Andrea Orsi reperibile ai riferimenti citati.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE MOLECOLARI PER MINORE O TUTELATO

<i>Dichiaro quindi di acconsentire:</i>		
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;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ad eventuali approfondimenti diagnostici;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
e/o per scopo di ricerca;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> 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;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
di essere messo a conoscenza dei risultati dell'indagine;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
a rendere partecipe dei risultati il <small>Cognome e Nome</small> Prof./Dott. che ha richiesto l'analisi _____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla comunicazione di eventuali risultati accidentali;	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
all'invio del referto, anche per via telematica, all'Ente/Medico che ha raccolto il mio campione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
alla conservazione per almeno 10 anni, presso il laboratorio, del campione e dei risultati.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

<i>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ASSISTITO MINORE IN MANCANZA DI UN GENITORE)</i>
L'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento (lontananza o altro) <input type="checkbox"/>
L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Firma Genitore _____ DATA _____

Firma del Medico/ Biologo
che ha fornito le
informazioni _____

Firma Genitore _____

(*) 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).