

## CONSENSO ALL'ANALISI GENETICA

<i>Io sottoscritto/a</i> (nome e cognome)		nato/a il	Codice Fiscale
residente in via/piazza	n.	(città, provincia, paese)	telefono e-mail

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stato richiesto un approfondimento diagnostico, avendo letta 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 diretto interessato dichiaro di essere a conoscenza che:

per effettuare l'analisi è necessario acquisire un mio campione biologico (es. sangue periferico o saliva) e che 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 solo 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 mio DNA, 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 famigliare, 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 Research & Innovation s.r.l., numero di tel.0498705062, mail: <a href="mailto:privacy@researchinnovation.com">privacy@researchinnovation.com</a> e il Responsabile della protezione dei dati è il Dott. Maurizio Dalle Carbonare reperibile ai riferimenti citati.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

### Dichiara quindi di acconsentire:

al prelievo e all'utilizzo del mio campione biologico 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 Prof./Dott.   Cognome e Nome	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
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

DATA \_\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_\_

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