

## Modulo per acquisizione del consenso all'esecuzione di test Genetico

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Scrivere in stampatello)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Dopo essere stato/a informato/a del significato e delle implicazioni derivanti dal risultato delle indagini

**al fine di eseguire il test molecolare per** \_\_\_\_\_

- su se stesso
- sul figlio: nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- su villo coriale  su liquido amniotico  su sangue fetale

### Acconsente

- a fornire un prelievo di sangue/campione biologico relativo alla sua persona **Si**  **No**
- a fornire un prelievo di liquido amniotico/villo coriale/sangue fetale **Si**  **No**
- a rendersi eventualmente disponibile a contattare altri membri della famiglia per completare e/o rendere possibile l'esame **Si**  **No**
- alla conservazione del campione dopo la conclusione dell'esame **Si**  **No**

Il personale sanitario che ha accesso ai dati personali si attiene alle norme della Legge sulla privacy:  
**Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Reparto/Istituto \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_