



Modulo di Unità Operativa	MU/___/___
Trattamento di dati genetici e utilizzo di campioni biologici per finalità diagnostiche. Modulo di acquisizione dei consensi per conto del paziente incapace (minore di età, incapace naturale, altre forme di incapacità)	Rev. 0 del ___ Pagina 1 di 2

Genitore-1 _____, nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

Genitore-2 _____, nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

del paziente nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

Da compilare in caso di mancata sottoscrizione da parte di uno dei due genitori:

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

consapevole delle responsabilità, anche penali, che assume in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

☐ di avere effettuato la scelta con il consenso dell'altro genitore;

☐ di esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale.

Altro ruolo:

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

in qualità di¹ _____ del paziente nato/a _____, (___) il ___/___/_____, CF _____,

avendo ricevuto un'informativa chiara e dettagliata in merito al trattamento dei dati personali della persona che rappresenta relativamente all'analisi genetica da eseguire

DICHIARA

- 1) di dare il consenso a conoscere i risultati dell'analisi genetica
☐ Sì ☐ No
- 2) di dare il consenso a conoscere anche eventuali notizie inattese
☐ Sì ☐ No

¹ Tutore, amministratore di sostegno, convivente di fatto o unito civilmente ai sensi della Legge 20 maggio 2016, n. 76, fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.



- 3) di dare il consenso alla conservazione dei campioni biologici e al trattamento dei dati genetici a essi associati anche per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, qualora in futuro l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona disponesse di nuove conoscenze scientifiche e/o di nuovi strumenti di indagine
☐ Sì ☐ No
- 4) di dare il consenso alla conservazione del materiale biologico per il tempo necessario a condurre futuri studi e ricerche, fermo restando il rilascio di idonea informativa e l'acquisizione del relativo consenso da parte del promotore dello studio o della ricerca.
☐ Sì ☐ No
- 5) di dare il consenso alla comunicazione dell'esito delle analisi genetiche e, ove necessario, al trasferimento dei campioni biologici ad altri soggetti esterni all'Azienda per finalità di prevenzione, diagnosi o cura
☐ Sì ☐ No

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i consensi resi sono liberamente revocabili in ogni momento, rivolgendosi all'Unità Operativa che ha eseguito l'analisi.

Verona, __/__/____

Firma leggibile del dichiarante

Dichiarazione dello specialista che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, in servizio presso l'UOC di _____, dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____