

LOGO AZIENDA	<b>Allegato. 2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEL CAMPIONE BIOLOGICO</b>	 <small>PIEMONTE VALLE D'AOSTA si prende cura di te</small>
	Modulo	

<b>Dati Identificativi</b>	
<i>Cognome e nome del paziente</i>	<i>Luogo e data di nascita</i>
<b>Informazione:</b>	
Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____	
dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:	
<input type="checkbox"/> alla seguente patologia: _____ <input type="checkbox"/> al trattamento dei dati personali e sensibili, <input type="checkbox"/> alla comunicazione degli esiti di test genetici <input type="checkbox"/> alla conservazione dei campioni	
Tramite <input type="checkbox"/> colloquio personale <input type="checkbox"/> consegna di scheda informativa scritta	
_____	
Data ___/___/20___	
<i>Timbro e firma dell'operatore sanitario</i>	

### Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Io, sottoscritto/a \_\_\_\_\_

avendo ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente circa l'uso del campione e dei dati, consapevole di ciò che comporta il mancato consenso ad una o più delle opzioni di seguito riportate, ed essendo a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento.

#### Dichiaro di

- ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** che vengano trattati i miei dati personali, sensibili e genetici per finalità di tutela della salute presso l' AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** che venga trattato il materiale biologico che si rende necessario prelevare e conservare per l'esecuzione dei test diagnostici richiesti.
- ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** che i campioni vengano conservati per
  - ulteriori indagini relative alla malattia per cui è stata richiesta l'analisi
  - studi e ricerche scientifiche, con garanzia della massima riservatezza.

LOGO AZIENDA	<b>Allegato. 2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEL CAMPIONE BIOLOGICO</b>	 <b>rete oncologica</b> <small>PIEMONTE VALLE D'AOSTA si prende cura di te</small>
	Modulo	

**ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** che i risultati delle indagini diagnostiche ovvero dei dati clinici vengano resi disponibili se comportano, per i famigliari, un beneficio concreto in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza delle scelte riproduttive

**AUTORIZZARE** che i risultati delle indagini diagnostiche vengano comunicate a:

**SOLO A** /  **ANCHE A:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ *Timbro e firma del medico*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ **dichiaro di REVOCARE il consenso**

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

\_\_\_\_\_ *Timbro e  
firma del medico*