

 	Consenso Informato Analisi Genetiche	GEN_MOD_2 Rev. 0 del 20.03.2025 Pag. 1 di 2
UOC Laboratorio di Analisi Cliniche Biomolecolari e di Genetica Azienda Ospedaliera di Cosenza, via Felice Migliori 1 Tel: +39 0984 6811- mail: labgen@aocs.it		

Il/La sottoscritto/a

nome: _____ cognome: _____
 nato/a: _____ il: ____ / ____ / ____ residente a: _____
 in _____ via: _____ CF: _____ telefono: _____ e-mail: _____

In qualità di:

☐ diretto interessato ☐ rappresentante legale (*): _____ ☐ congiunto (*): _____
☐ familiare (*): _____ ☐ convivente (*): _____ ☐ responsabile della struttura presso cui dimora
 l'interessato (*): _____

(specificare se tutore, curatore, amministrazione di sostegno)

(*) del paziente _____ (barrare se soggetto diverso dell'interessato al trattamento)
 (nome e cognome)

Nato/a _____ residente a _____
 Via/Piazza _____ telefono _____

Dopo aver preso visione delle informative, **DICHIARO** quanto segue:

- di aver letto e comprese le informative (GEN_MOD_1 "SCHEDE INFORMATIVA SULLA RICERCA BIOMOLECOLARE E IL CONSENSO ALL'USO DI CAMPIONI BIOLOGICI"), delle quali mi è stata consegnata copia, di aver acquisite le informazioni fornitemi e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti al mio Oncologo curante;
 - di aver compreso che l'esecuzione dei test specificati nell'informativa è su base volontaria e che potrò ritirare questo consenso in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la mia futura assistenza medica;
 - di aver compreso che i dati personali verranno trattati secondo le normative vigenti (Regolamento UE n. 2016/679, D.Lgs n. 196/2003, con le modificazioni apportate dal D.Lgs. n. 101/2018, e del Provvedimento di Aut. Generale al Trattamento dei Dati Genetici n. 8/2016, del Garante per la Protezione dei dati personali) e che potrò esercitare i miei diritti, rivolgendomi al Titolare del trattamento in ogni momento e con le modalità consentite nelle norme sopraindicate.

Conseguentemente alle mie dichiarazioni:

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** di sottopormi ad un prelievo di sangue periferico ☐ tessuto ☐ altro ☐ _____, che verrà utilizzato per estrarre gli acidi nucleici (DNA, RNA) necessari all'esecuzione dei test genetici descritti nell'informativa, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** alla conservazione presso la UOC Laboratorio di Analisi Cliniche, Biomolecolari e Genetica del mio campione biologico (a cura del Responsabile dell'Unità Operativa) per eventuali future indagini riguardanti la patologia oncologica della quale sono affetto.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** alla condivisione in forma anonimizzata del mio materiale biologico analizzato e relativi dati clinici genetici con altri centri di ricerca, istituti universitari o aziende ospedaliere.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** alla trasmissione del referto del test genetico richiesto al Medico Prescrittore o al Medico della medesima Unità Operativa di questa struttura ospedaliera.

☐ **volere** ☐ **non volere** essere informato circa i risultati dell'analisi.

Inoltre in merito ad eventuali "risultati inattesi" DICHIARO di:

☐ **volere** ☐ **non volere** essere informato, se dovesse risultare portatore "sano" di patologie genetiche con prevalenza relativamente alta nella popolazione, tale da essere importante in relazione a decisioni riproduttive (trasmissione di patologie alla prole).

☐ **volere** ☐ **non volere** essere informato, se dovesse risultare portatore di un'alterazione genetica di predisposizione a patologie ad insorgenza nell'adulto, se questa conoscenza rappresentasse un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione.

☐ **volere** ☐ **non volere** essere informato, se dovesse risultare portatore di un'alterazione genetica di predisposizione a patologie ad insorgenza nell'adulto, anche se questa conoscenza non rappresentasse allo stato attuale un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione.

☐ **volere** ☐ **non volere** che gli eventuali "risultati inattesi" possano essere comunicate alle seguenti persone: _____

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** di essere contattato in futuro dal personale sanitario della UO di riferimento, per lettera, telefonicamente o via mail allo scopo di essere informato circa la disponibilità di nuovi test/indagini da eseguirsi ai fini della tutela della salute e/o per la raccolta di informazioni cliniche.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento** all'utilizzo per scopi di didattica/ricerca scientifica dei dati genetici e dei campioni biologici prelevati.

Cosenza, ____/____/____

FIRMA DELL'INTERESSATO O AVENTE DIRITTO

FIRMA E MATRICOLA DEL DIRIGENTE CHE HA RACCOLTO I DATI

 SERVIZIO SANTARIO REGIONALE Dipartimento Sanità della Salute e Politiche Sanitarie AZIENDA OSPEDALIERA "Annunziata - Mariano Santo S. Barbara" Cosenza  REGIONE CALABRIA	Consenso Informato Analisi Genetiche	GEN_MOD_2 Rev. 0 del 20.03.2025 Pag. 2 di 2
UOC Laboratorio di Analisi Cliniche Biomolecolari e di Genetica Azienda Ospedaliera di Cosenza, via Felice Migliori 1 Tel.: +39 0984 6811 - mail: labgen@aocs.it		

REVOCA DEL CONSENSO

Revoco il consenso sopra espresso

Data: _____ Firma dell'interessato o avente diritto _____

Data: _____ Firma del medico/professionista _____