Autorizzazione al Trattamento e Scelta Prestazioni

Gentile Signore/a,

nel rispetto della Sua riservatezza, La informiamo che i dati da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo e la selezione delle analisi mediche alle quali ha scelto di sottoporsi saranno trattati per le finalità strettamente connesse all'erogazione della prestazione sanitaria richiesta.

Tale raccolta è indispensabile per garantire la Sua corretta identificazione e per adempiere agli obblighi di legge, amministrativi e contabili previsti per le prestazioni sanitarie. Il trattamento di tutte le informazioni, comprese quelle relative alla Sua salute, avverrà nel pieno rispetto del segreto professionale e con modalità idonee a garantire la massima riservatezza e sicurezza.

Ciò premesso:

Compilare la parte seguente solo in caso di soggetto maggiorenne

Etichetta codice kit

Io sottoscritto/a **Nome** _____ **Cognome** _____ nato/a a _____ il __/__/_____ □ **M** □ **F** e residente a _____ in via _____ CAP_____ Codice Fiscale _____, identificato a mezzo di (**tipo** di documento d'identità) _____ **N. documento d'identità** _____ **Scadenza** ___/___/_____ **E-mail** _____ **n° telefono** _____ domiciliato a_____ in via_____ CAP_____

Compilare la parte seguente solo in caso di minore o soggetto inabile

Dati del minore o soggetto inabile, sottoposto a responsabilità genitoriale *(è necessario indicare i dati di entrambi i genitori)*

Nome_____Cognome_____

nato/a a _____ il ___/___ /___ □ M □ F residente a _____

in via_____CAP_____

Codice Fiscale _____

identificato a mezzo di (tipo di documento d'identità)_____ N. documento d'identità_____

Scadenza___/___ /___ E-mail_____ n° telefono_____

domiciliato a_____ in via_____ CAP_____

□ **genitore (o tutore legale)** : Nome_____ Cognome_____

nato/a a_____ il ___/___ /___ □ M □ F

residente a _____ in via_____CAP_____

Codice Fiscale_____

identificato a mezzo di (tipo di documento d'identità)_____ N. documento d'identità_____

Scadenza___/___ /___ E-mail_____ n° telefono_____

domiciliato a_____ in via_____ CAP_____

□ genitore (o tutore legale) : Nome_____ Cognome_____

nato/a a_____ il ___/___ /___ □ M □ F residente a _____ in via_____CAP_____ Codice Fiscale _____

identificato a mezzo di (tipo di documento d'identità)_____ N. documento d'identità_____

Scadenza___/___ /___ E-mail_____ n° telefono_____

domiciliato a_____ in via_____ CAP_____

ANALISI RICHIESTE (barrare la/e casella/e corrispondente/i)

GENETICA MALATTIE RARE E PANNELLI CUSTOM

- ☐ **Analisi Pannello Custom Gene Singolo**
- ☐ **Analisi Pannello Custom Fino A 10 Geni**
- ☐ **Analisi Pannello Custom Fino A 50 Geni**
- ☐ **Analisi Pannello Custom Fino A 250 Gen**
- ☐ **Analisi Di Rivalutazione Computazionale Del Dato Genomico**
- ☐ **Array CGH su Sangue Periferico**
- ☐ **Analisi Di Mutazione Nota Familiare (sanger)**
- ☐ **Array CGH su Materiale Abortivo**
- ☐ **Analisi Di Mutazione Nota Familiare (analisi quantitativa)**
- ☐ **Esoma**
- ☐ **Esoma due soggetti**
- ☐ **Esoma tre soggetti**
- ☐ **SNP-Array**
- ☐ **Analisi di CNV**

MICROBIOLOGIA GENETICA

- ☐ **XX Equilibria-NGS (Microbiota vaginale 16S 18S: composizione totale della flora vaginale)**
- ☐ **GUT Equilibria-NGS (Microbiota intestinale)**

- ☐ **Consulenza genetica**

MOTIVO DELL'INDAGINE:

_____

DICHIARO

- di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, fornita tramite link inviato all'indirizzo e-mail sopramenzionato o reperibile sul sito del Polo GGB (Mod0210).

- di aver ricevuto l'informativa specifica relativa al test medico a cui intendo sottopormi e di acconsentire consapevolmente all'esecuzione della prestazione sanitaria, avendo compreso le finalità e le caratteristiche dell'analisi descritte nella documentazione dedicata, fornita tramite link inviato all'indirizzo e-mail sopramenzionato o reperibile sul sito del Polo GGB:
  □ Mod0246_Informativa test del microbioma
  □ Mod0252_Informativa test dell'esoma e pannelli genici
  □ Mod0278_Informativa test predittivo SOREAL

- dichiaro di aver ricevuto, nel corso del colloquio con il/la Dottore/Dottoressa_____ (email_____ n° Telefono_____), il/la quale potrebbe essere contattato in caso di necessità, dettagliate informazioni relativa all'esame/i, all'utilità e alle finalità dello stesso, ai limiti e alle caratteristiche dell'indagine/i, alla possibilità di falsi positivi/falsi negativi, implicazioni per l'individuo, per la famiglia o per il nascituro. Ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti.

In ragione di ciò:

DICHIARO DI

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE al trattamento dei propri dati personali e particolari ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a) del Reg. EU 2016-679.

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE a sottopormi al/ai test;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE a sottoporlo al/ai test (in caso di minori);

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE ad essere informata/o circa i risultati dell'analisi;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE che sia reso partecipe dei risultati anche il/la Dott._____ Telefono_____ e-mail _____;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE che sia reso partecipe dei risultati anche il Dottore/Dottoressa sopraindicato;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE alla raccolta di immagini fotografiche, ove necessario;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE di essere contattato dal personale del Polo GGB per informazioni inerenti agli esiti degli esami effettuati o di follow-up;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE ad essere informato/i circa eventuali risultati inattesi potenzialmente rilevanti per decisioni di tipo riproduttivo;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE ad essere informato/i circa eventuali risultati inattesi potenzialmente predisponenti a patologie ad insorgenza nell'adulto, per le quali la conoscenza del rischio può rappresentare un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione (ad es. per predisposizione ereditaria a tumori o aritmie cardiache);

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE ad essere informato/i circa eventuali risultati inattesi potenzialmente predisponenti a patologie ad insorgenza nell'adulto, per le quali però la conoscenza del rischio non rappresenterebbe ad oggi un beneficio concreto in termini di terapia e/o prevenzione (ad es. patologie neurodegenerative ereditarie);

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE a ricevere la risposta in merito al servizio richiesto, a mezzo di posta elettronica.

DICHIARO INOLTRE DI

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE nel rispetto della normativa vigente di protezione dei dati personali, all'utilizzo del materiale biologico con garanzia dell'anonimato presso il laboratorio che esegue le analisi genetiche a scopo di ricerca e/o per studi finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico e per informazioni sulle prestazioni del laboratorio;

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE ad essere informata/o circa i risultati della ricerca.

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE al trattamento dei miei dati personali anche per finalità di marketing e telemarketing.

Lì……

Qualora firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale – consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nome, cognome (stampatello) consultando/a o dei genitori o di chi ne fa le veci:

_____ Firma _____

_____ Firma _____

Nome, Cognome operatore:

_____ Firma _____