



**MODULO DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A SEGUITO DELLA PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA
SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E GENETICI (MAC510)**

Il presente documento deve essere allegato alla documentazione clinica

Luogo _____ Data _____

Il sottoscritto **PAZIENTE (1)** (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

OPPURE

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n° _____

rilasciato da _____ in qualità di:

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ documento di identità n° _____

rilasciato da _____ in qualità di:

☐ **genitori** ☐ **tutore** ☐ **amministratore di sostegno**
del paziente MINORE/del paziente INCAPACE

(cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei dati genetici

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei dati genetici per la tutela della salute di un terzo appartenente alla propria linea genetica

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei dati genetici per investigazioni difensive o per l'esercizio di un diritto in sede giudiziaria

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

REVOCA il consenso al trattamento dei dati personali, in particolare:

☐ al trattamento dei dati genetici

☐ al trattamento dei dati genetici per la tutela della salute di un terzo appartenente alla propria linea genetica

☐ al trattamento dei dati genetici per investigazioni difensive o per l'esercizio di un diritto in sede giudiziaria

consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____



PER TEST SU NASCITURI

La sottoscritta _____ nata il ____ / ____ / ____

a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____

in qualità di GESTANTE

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei dati genetici del nascituro

Data e Firma

REVOCA il consenso al trattamento dei dati personali, consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Il sottoscritto _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____ documento di identità n. _____

rilasciato da _____

in qualità di PADRE

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati genetici qualora il trattamento stesso, mediante test prenatale, possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una propria patologia.

Data e Firma

REVOCA il consenso al trattamento dei dati personali, consapevole che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo _____ Data _____

Firma _____