



Mod. N° 1a	ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO PER DONATORE VOLONTARIO DI CSE RM01	Mod01a-PsqST01Pro02 Rev. 6.2 - 18/09/19	Pag. 1 di 1
-------------------	--	---	-------------

ID _____	N° DNA _____ / _____
----------	----------------------

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DEL TEST

I test genetici comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare caratteristiche nel patrimonio genetico.

Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto:

COGNOME _____ ~~/IN~~ _____ **NOME** _____

Nato/a a _____ **il** _____

Abitante in _____ **via** _____

Tel. _____ **Tel.** _____ **Tel.** _____ **C.A.P.** _____

Indirizzo e-mail _____

Residente in _____ **Municipio di residenza (Circoscrizione)** _____

AUSL di residenza _____ **Cittadinanza:** italiana _____

Codice fiscale _____ **Professione** _____

Luogo di nascita padre _____ **madre** _____

Iscrizione attraverso:

Associaz. ADMO	Associaz. DIMOS	SIMT S.Camillo- Forlanini	No Associaz.
---------------------------	----------------------------	--	-------------------------

DONATORE AFERESI SI NO **Ultima donazione** _____ **c/o** _____

DONATORE SANGUE SI NO **Ultima donazione** _____ **c/o** _____

ISCRITTO AIDO SI NO

SESSO	M	F	PESO Kg. _____	MICROCITEMIA	SI	NO
--------------	---	---	-----------------------	---------------------	----	----

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sul test di immunogenetica che mi verrà eseguito.
 Pertanto **ACCONSENTO** al prelievo di materiale biologico.

DICHIARO inoltre specificamente di:

volere NON volere che il DNA estratto dal campione biologico venga conservato

volere NON volere che il DNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche

Mi impegno, infine, a comunicare ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Esprimo il consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 di adeguamento al Regolamento UE n.679/2016 al trattamento dei miei dati personali. Sono al corrente del fatto che tutti i miei dati, compresi i risultati di tutti i miei esami, saranno conservati in archivi cartacei ed informatici.

Data: _____ Firma: _____

Firma del Medico/Biologo che ha raccolto il Consenso: _____