

## Consenso Informato all'esecuzione di analisi di Genetica medica (DGR 4716/2013) Legge 219/2017)

### Accertamento di paternità

Il sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il..... residente a ..... in via.....  
CAP..... prov ..... Tel: ..... CF.....  
Sesso  M -  F Origine etnico/geografica .....

in qualità di genitore/tutore di ..... nato/a a ..... il  
..... e residente a ..... in via.....  
CAP..... prov ..... CF.....  
Sesso  M -  F Origine etnico/geografica .....

Tipologia del campione da analizzare:  
 Sangue periferico  tampone buccale.....

### Richiede l'analisi di paternità

Letta l'informativa, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto le informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste:

#### ACCONSENTE

- Al prelievo del materiale biologico  SI  NO
- Ad utilizzare il campione biologico a scopo diagnostico  SI  NO
- Trattare i dati personali, sensibili e genetici  SI  NO
- Conoscere i risultati delle indagini richieste  SI  NO
- Valutare un rapporto di filiazione naturale, tramite la comparazione dei risultati con quelli dei prelievi biologici effettuati sui figli  SI  NO

#### IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

- Conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive  SI  NO
- Ad inviare il campione all'Università degli Studi di Milano, per l'esecuzione dell'analisi  SI  NO
- Ad utilizzare il materiale biologico e i dati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personale, per approfondimenti a fini diagnostici:
  - Presso il centro che esegue le analisi  SI  NO
  - Rendere partecipe dei risultati i famigliari qualora ne facciano richiesta  SI  NO
  - Utilizzare i materiali biologici e i referti risultanti resi anonimi per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità  SI  NO

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore .....  
titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

## Modulo di richiesta all'esecuzione di analisi di accertamento di paternità

Il sottoscritto/a .....

### RICHIEDE

L'esecuzione dell'accertamento di paternità

DATA PRELIEVO: .....

INDICAZIONE AL TEST:

(Motivo per il quale si richiede il test.)

.....  
.....  
.....

**Al fine di valutare un eventuale rapporto di filiazione naturale, richiedo che il mio campione venga comparso con quello derivante dal prelievo di:**

- .....  
- .....  
- .....

NB: SEGNALARE SEMPRE EVENTUALI TRASFUSIONI O TRAPIANTI DI MIDOLLO

**Trattamento dati** - Avendo ricevuto, letto e compreso le informative a me consegnate, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute e genetici ai sensi degli articoli 4, 9, 10 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data..... Firma del paziente.....

In caso di minore firma del genitore/tutore .....

titolo (padre, mare, esercente la potestà genitoriale).....

**SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTI DI IDENTITA'**: Tipo..... Numero.....

Il presente consenso **al trattamento dati** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto ..... dichiara di voler **REVOCare** il consenso.

Data ..... Firma .....

Il presente **consenso informato** è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto ..... dichiara di voler **REVOCare** il consenso.

Data ..... Firma .....