

## **MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in proprio

ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

Tutore

Esercente la potestà genitoriale

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

### **DICHIARO**

per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa di voler revocare, liberamente e consapevolmente, il consenso rilasciato in data \_\_\_\_\_ in occasione della richiesta di esecuzione del test \_\_\_\_\_ e contestualmente

### **PRENDO ATTO E ACCETTO**

- che la revoca del consenso, prima dell'esecuzione del test, non consentirà l'esecuzione del test
- che in caso di revoca del consenso, dopo l'esecuzione del test, i campioni già prelevati e consegnati, nonché gli eventuali referti già emessi, verranno immediatamente distrutti, fermo restando che non sarà possibile ottenere il rimborso di quanto già pagato per l'esecuzione del test.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

**Allegare al presente modulo copia della carta d'identità del soggetto firmatario e dell'eventuale soggetto rappresentato e inviare a Bianalisi Genetica S.p.a. al seguente indirizzo pec [bianalisi@pec.eleusi.at](mailto:bianalisi@pec.eleusi.at) o, mezzo posta, al seguente indirizzo Via Don Costante Mattavelli, 3, 20184 Carate Brianza (MB).**