

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola Direzione Sanitaria	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI <i>(Regolamento (UE) 2016/679 e del Provvedimento dell'Autorità Garante n. 146 del 5 giugno 2019 allegato 1, punto 4 "Prescrizioni relative al trattamento dei dati genetici (aut. gen. n. 8/2016)")</i>	Codice DS_ Genetici e campioni biologici_22 Rev. 01 del Novembre 2022 Pag. 1/1
---	--	---

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
telefono _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R 445/2000,

in qualità di

- ☐ diretto interessato
- ☐ rappresentante legale (*) _____
(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)
- ☐ congiunto (*)
- ☐ familiare (*)
- ☐ convivente (*)
- ☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (*)

(*) del paziente _____
(nome e cognome)

nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
telefono _____ e-mail _____

DICHIARO

- di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati genetici, resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e ai sensi dell'Autorizzazione generale del Garante per la protezione dei dati personali n. 8/2016 del 15 dicembre 2016 secondo i contenuti di cui al Provvedimento n. 146 del 5 giugno 2019;
- di acconsentire al trattamento dei dati genetici, nei termini e nei modi indicati dall'informativa sopra citata;
- di aver ricevuto informazioni adeguate sulla possibilità di revocare il consenso alla conservazione e all'utilizzo dei campioni biologici in qualunque momento e senza dover fornire alcuna spiegazione;
- di voler conoscere i risultati dell'esame o della ricerca, comprese eventuali notizie inattese che mi riguardano

SI ☐ NO ☐

- di voler essere contattato dal personale sanitario della UO di riferimento, per lettera, telefonicamente o via e-mail, dichiarando che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed esonerando l'Unità Operativa, in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso, allo scopo di essere informato circa la disponibilità di nuovi test/indagini da eseguirsi ai fini della tutela della salute e/o per la raccolta di informazioni cliniche e/o a scopo di ricerca in considerazione della natura giuridica dell'Istituto

SI ☐ NO ☐

- di acconsentire all'utilizzo per scopi di didattica/ricerca scientifica dei dati genetici e dei campioni biologici prelevati

SI ☐ NO ☐

Imola, _____ Firma dell'interessato o avente diritto _____

Il presente consenso al trattamento dei dati potrà essere revocato in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare tramite posta ordinaria all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Policlinico di S. Orsola, con sede in Via Albertoni, 15 - 40138 Bologna o via mail dpo@aosp.bo.it, PEC: dpo@pec.aosp.bo.it

REVOCA DEL CONSENSO Revoco il consenso sopra espresso	
Data: _____	Firma del paziente/genitore/tutore _____
Data: _____	Firma del medico/professionista _____