

Ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 s.m.i.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sesso: M  F   
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dopo aver letto e compreso quanto contenuto nell'Informativa, di cui riceve copia, e avere avuto l'opportunità di formulare domande e ricevere risposte sui quesiti posti

- in qualità di **diretto Interessato**
- in qualità di **rappresentante legale** (specificare di seguito se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario ex art. 4, l. 219/2017) \_\_\_\_\_

del **paziente** (specificare il nominativo del paziente per il quale si rilascia il consenso):

\_\_\_\_\_ sesso: M  F   
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di aver ricevuto e compreso l'Informativa per il trattamento dei dati genetici, resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'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 aver ricevuto informazioni adeguate sulla possibilità di revocare il consenso espresso al trattamento dei dati genetici oggetto del trattamento, senza obbligo di motivazione

#### ESPRIMENDO IL CONSENSO

- al trattamento dei dati genetici, nei termini e nei modi indicati dall'informativa sopra citata e nel rispetto delle normative suindicate;  
 Acconsento  Non acconsento
- alla conservazione dei dati genetici per l'uso secondario (ricerca scientifica)  
 Acconsento  Non acconsento
- alla possibilità di conoscere o meno i risultati dell'esame o della ricerca, comprese eventuali notizie inattese che lo riguardano, qualora queste ultime rappresentino per l'interessato un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive  
 Acconsento  Non acconsento

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato o del rappresentante legale** \_\_\_\_\_



**REVOCA DEL CONSENSO SENZA OBBLIGO DI MOTIVAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sesso: M  F   
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dopo aver letto e compreso quanto contenuto nell'Informativa, di cui riceve copia, e avere avuto l'opportunità di formulare domande e ricevere risposte sui quesiti posti

- in qualità di **diretto Interessato**
- in qualità di **rappresentante legale** (specificare di seguito se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario ex art. 4, l. 219/2017) \_\_\_\_\_

del **paziente** (specificare il nominativo del paziente per il quale si rilascia il consenso):

\_\_\_\_\_ sesso: M  F   
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**REVOCO**

il consenso al trattamento dei dati genetici e desidero che gli stessi vengano distrutti.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato o del rappresentante legale** \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il paziente non possa leggere e/o firmare

**Firma del testimone indipendente** \_\_\_\_\_