

POLICLINICO DI SANT'ORSOLA  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI (Regolamento UE 2016/679 - D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., Autorizzazione generale del Garante per la protezione dei dati personali n. 8/2016)	R08/IOA29 Rev. 3 Pag. 1/1 Data di applicazione: 29.10.2018
--	---	---

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 _____ residente a _____

Via/Piazza _____ telefono _____

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
- ✓ di acconsentire al trattamento dei dati genetici, nei termini e nei modi indicati dall'informativa sopra citata
- ✓ 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 **esonero** 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

SI ☐ **NO** ☐

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

SI ☐ **NO** ☐

Bologna, _____

Firma dell'interessato o avente diritto
