



U.O.C. LABORATORIO DI GENETICA MEDICA
DIRETTORE PROF. PAOLA CHIAMATICO



AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



Mod. N° 1g	ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO PER DONATORE VOLONTARIO DI CSE RM04	Mod01g-PsqST01Pro02 Rev. 6.1 - 08/05/2021	Pag. 1 di 1
------------	--	--	-------------

ID _____	N° DNA _____ / _____
----------	----------------------

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DEL TEST

I test genetici comprendono esami eseguiti sul DNA umano, sui cromosomi, sulle proteine o su qualsiasi altro prodotto genico allo scopo di individuare caratteristiche nel patrimonio genetico. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi genetiche, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

Io sottoscritto:

COGNOME _____ /IN _____ NOME _____
Nato/a a _____ il _____
Abitante in _____ via _____
Tel. _____ Tel. _____ Tel. _____ C.A.P. _____
Indirizzo e-mail _____
Residente in _____ Municipio di residenza (Circoscrizione) _____
AUSL di residenza _____ Cittadinanza: ☐ italiana ☐ _____
Codice fiscale _____ Professione _____
Luogo di nascita padre _____ madre _____

Iscrizione attraverso:

Associaz. ADMO	OTO Civitavecchia	No Associaz.
-------------------	----------------------	-----------------

DONATORE AFERESI
DONATORE SANGUE
ISCRITTO AIDO

SI ☐ NO ☐ Ultima donazione _____ c/o _____
SI ☐ NO ☐ Ultima donazione _____ c/o _____
SI ☐ NO ☐ _____ c/o _____

SESSO	M	F	PESO Kg. _____	MICROCITEMIA	SI	NO
-------	---	---	----------------	--------------	----	----

DICHIARO di aver ricevuto una dettagliata informazione sul test di immunogenetica che mi verrà eseguito. Pertanto ACCONSENTO al prelievo di materiale biologico.

DICHIARO inoltre specificamente di:

☐ volere ☐ NON volere che il DNA estratto dal campione biologico venga conservato
☐ volere ☐ NON volere che il DNA estratto dal campione biologico venga usato, con garanzia della massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche

Mi impegno, infine, a comunicare ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Esprimo il consenso ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 di adeguamento al Regolamento UE n.679/2016 al trattamento dei miei dati personali. Sono al corrente del fatto che tutti i miei dati, compresi i risultati di tutti i miei esami, saranno conservati in archivi cartacei ed informatici.

Data: _____

Firma: _____

Firma del Medico/Biologo che ha raccolto il Consenso: _____

Circoscrizione Gariboldi n° 57 00152 Roma
Frazione Accademia, 100
Tel. 06-5474452/44355 Fax 06-5474447
www.hiologica.org