



<b>Mod. N° 1a</b>	<b>ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO PER DONATORE VOLONTARIO DI CSE RM01</b>	<b>Mod01a-PsqST01Pro02</b> Rev. 6.2 - 18/09/19	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:

<b>Associaz. ADMO</b>	<b>Associaz. DIMOS</b>	<b>SIMT S.Camillo- Forlanini</b>	<b>No Associaz.</b>
---------------------------	----------------------------	--	-------------------------

**DONATORE AFERESI**  SI  NO  **Ultima donazione** \_\_\_\_\_ **c/o** \_\_\_\_\_

**DONATORE SANGUE**  SI  NO  **Ultima donazione** \_\_\_\_\_ **c/o** \_\_\_\_\_

**ISCRITTO AIDO**  SI  NO

<b>SESSO</b>	M	F	<b>PESO Kg.</b> _____	<b>MICROCITEMIA</b>	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: \_\_\_\_\_