

Mod. N° 1a	ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO PER DONATORE VOLONTARIO DI CSE RM01	Mod01a-PsqST01Pro02 Rev. 6.3 – 27/01/2025	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 _____ **NOME** _____

Nato/a a _____ **il** _____

Abitante in _____ **Via** _____

Tel. _____ **Tel.** _____ **CAP** _____

Indirizzo e-mail _____

Residente in _____ **Municipio di residenza/Circoscrizione** _____

Cittadinanza: italiana _____

Codice Fiscale _____ **Professione** _____

Luogo di nascita Padre _____ **madre** _____

Iscrizione attraverso:

Associaz. ADMO	SIMT S.Camillo- Forlanini	No Associaz.
---------------------------	--	-------------------------

DONATORE AFERESI **SI** **NO** **Ultima donazione** _____ **c/o** _____

DONATORE SANGUE **SI** **NO** **Ultima donazione** _____ **c/o** _____

SESSO	M	F	PESO Kg. _____	ALTEZZA _____	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:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> NON volere | che il DNA estratto dal campione biologico venga conservato |
| <input type="checkbox"/> volere | <input type="checkbox"/> 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 miei esami, saranno conservati in archivi cartacei ed informatici.

Data: _____ Firma: _____

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