



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

**Direzione Generale- Ufficio protezione dei dati**

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 –  
Tel. 0922/407232 – mail [ufficio.protezionedidati@aspag.it](mailto:ufficio.protezionedidati@aspag.it)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**CONSENSO AL TRATTAMENTO  
DEI DATI GENETICI E DEI CAMPIONI BIOLOGICI**

(Regolamento (UE) 2016/679 e del Provvedimento dell'Autorità Garante n. 146 del 5 giugno 2019 allegato 1, punto 4 "Prescrizioni relative al trattamento dei dati genetici (aut. gen. n. 8/2016)

Il /la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M F  
C.F. \_\_\_\_\_ Numero telefono \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**In caso di minore indicare i riferimenti di entrambi i genitori o del Legale rappresentante:**

**Genitore (Padre)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

**Genitore (Madre)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Oppure in qualità di

**Legale rappresentante del paziente**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

**del paziente:**

Nome e Cognome del figlio/a \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Sesso  M  F Numero telefono \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

dichiara di:

- aver ricevuto e compreso in modo chiaro tutte le informazioni inerenti l'utilizzo dei campioni biologici e il trattamento dei dati particolari e genetici;
- di aver compreso che le decisioni prese saranno considerate valide per tutti i campioni biologici che saranno prelevati in un unico momento o in momenti differenti nel corso del ricovero/trattamento/accesso alla nostra Unità Operativa, fino a eventuale revoca o rettifica.

**Preso atto delle informazioni ricevute**

1. Acconsento che il materiale biologico, i dati personali, i dati sanitari e gli eventuali dati genetici raccolti durante il mio percorso diagnostico e/o di cura presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Direzione Generale- Ufficio protezione dei dati

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 –  
Tel. 0922/407232 – mail [ufficio.protezionedeidati@aspag.it](mailto:ufficio.protezionedeidati@aspag.it)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Agrigento siano conservati presso l’Azienda secondo le modalità e per le finalità di ricerca previste nell’informativa;

SI  NO

2. Acconsento al trattamento, da parte dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, dei miei dati personali, anche di carattere genetico e sanitari, che avverrà per le finalità, nelle forme e nei modi specificatamente descritti nell’informativa sopra riportata  
 SI  NO
3. Acconsento all’utilizzo del materiale biologico raccolto per studi di ricerca in merito alla patologia e/o gruppo di patologie d’interesse da cui sono affetto o portatore  
 SI  NO
4. Acconsento al trasferimento di campioni e dati ad esso collegati, in forma codificata, per fini di ricerca o diagnosi, verso paesi appartenenti all’Unione Europea  
 SI  NO
5. Acconsento al trasferimento di campioni e dati ad esso collegati, in forma codificata, per fini di ricerca o diagnosi, verso un paese non appartenente all’Unione Europea  
 SI  NO
6. Qualora i risultati delle indagini condotte sul mio campione comportino un beneficio concreto per la salute degli appartenenti alla mia famiglia biologica, acconsento che vengano informati.  
 SI  NO

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell’interessato

(o del rappresentante legale) \_\_\_\_\_

**In caso di minore:**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del genitore

(o del rappresentante legale) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del genitore

(o del rappresentante legale) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO CHE HA DISCUSSO LA SEZIONE INFORMATIVA**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_ dichiaro di aver informato la/il paziente/cittadina/o sulla raccolta, la conservazione e l’utilizzo che potrebbe essere fatto in futuro del Suo materiale biologico e dei dati ad esso correlati, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della Sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e di prendere atto della Sua libera decisione di seguito espressa.

Data.....

Firma.....