



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

**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



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

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 DISCUSO 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.....