



**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 _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ telefono _____ e-mail _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000,

in qualità di

☐ diretto interessato

☐ rappresentante legale (*) _____
(specificare se esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

☐ congiunto (*)

☐ familiare (*)

☐ convivente (*)

☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (*)

(*) del paziente _____

_____ (nome e cognome)
nato/a _____ residente a _____

Via/Piazza _____ telefono _____

DICHIARO

- di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati genetici, resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e ai sensi dell'Autorizzazione generale del Garante per la protezione dei dati personali n. 8/2016 del 15 dicembre 2016 secondo i contenuti di cui al Provvedimento n. 146 del 5 giugno 2019;
- di acconsentire al trattamento dei dati genetici e/o dei dati derivanti dai campioni biologici, nei termini e nei modi indicati dall'informativa sopra citata;
- di aver ricevuto informazioni adeguate sulla possibilità di revocare il consenso alla conservazione e all'utilizzo dei campioni biologici in qualunque momento e senza dover fornire alcuna spiegazione;
- di voler conoscere i risultati dell'esame o della ricerca, comprese eventuali notizie inattese che mi riguardano

SI ☐ NO ☐

- di voler essere contattato dal personale sanitario della UO di riferimento, per lettera, telefonicamente o via e-mail, dichiarando che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed esonerando l'Unità Operativa, in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso, allo scopo di essere informato circa la disponibilità di nuovi test/indagini da eseguirsi ai fini della tutela della salute e/o per la raccolta di informazioni cliniche e/o a scopo di ricerca in considerazione della natura giuridica dell'Istituto

SI ☐ NO ☐

- di acconsentire all'utilizzo per scopi di didattica/ricerca scientifica dei dati genetici e dei campioni biologici prelevati

SI ☐ NO ☐

Bologna, _____ Firma dell'interessato o avente diritto _____

Il presente consenso al trattamento dei dati potrà essere revocato in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare tramite posta ordinaria all'Azienda USL di Bologna, con sede in Via Castiglione n. 29 - 40124 Bologna o via mail dpo@aosp.bo.it, PEC: dpo@pec.aosp.bo.it.

REVOCA DEL CONSENSO

Revoco il consenso sopra espresso

Data: _____ Firma del paziente/genitore/tutore _____

Data: _____ Firma del medico/professionista _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica - DIAP

UOC Anatomia Patologica Ospedale Bellaria

Richiesta invio referto a PEC o e-mail (con referto criptato)

Bologna, (data)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

In data

Chiede

**che il referto istologico dell'indagine accettata presso l'Anatomia Patologica
dell'Ospedale Bellaria in data**

mi venga inviato al seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata)

.....

**mi venga inviato al seguente indirizzo e-mail criptato con la password che mi è
stata comunicata in fase di accettazione del campione da esaminare:**

.....

**Con la presente sollevo la AUSL e la Anatomia Patologica dell'Ospedale Bellaria
da qualsiasi responsabilità in merito alla modalità di consegna da me richiesta,
allegando il mio documento di identità**

In fede



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica - DIAP

UOC Anatomia Patologica Ospedale Bellaria

Modulo di delega

Io sottoscritto/a

(nome)

(cognome)

DICHIARO DI ESSERE

Barrare UNA casella e compilare tutte le informazioni richieste

☐ il/la diretto/a interessato/a

☐ il genitore

☐ il tutore

☐ l'amministratore di sostegno di (nome) (cognome)

nato/a il

a

Prov.

DELEGO

(nome)

(cognome)

nato/a il

a

Prov.

Stato di nascita

codice fiscale

residente a

Prov.

CAP

Via

n.

Barrare la casella o le caselle di interesse e/o scrivere le eventuali informazioni aggiuntive

☐ a ritirare il mio materiale istologico relativo all'esame eseguito presso la vostra Anatomia Patologica

☐ a consegnare il mio campione biologico da far esaminare presso la vostra Anatomia Patologica

☐ a ritirare il mio referto istologico dell'esame eseguito presso la vostra Anatomia Patologica

- allego la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U.)

data

firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, si consulti la pagina internet all'indirizzo <https://www.ausl.bologna.it/privacy/informative-sul-trattamento-dei-dati-personali-1>

Cliccando sulla informativa: **"Erogazione e gestione delle prestazioni sanitarie - informazioni sul trattamento dei dati personali"**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Sede Legale: via Castiglione 29 – 40124 Bologna. CF e P.IVA: 02406911202
Anatomia Patologica – Direttore Prof.ssa Maria Pia Foschini

Ospedale Bellaria – Via Altura, 3 – 40139

Contatti: telefono 051/6225523 – 051/6225017 e-mail: segreteria.ap@ausl.bologna.it