**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 (\*)

□ famigliare (\*)

 □ 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 espressoData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paziente/genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del medico/professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |