



CONSENSO INFORMATO

TEST DI PATERNITÀ INFORMATIVO

MEDICO / CENTRO INVIANTE

PAZIENTE

Nome:

Cognome:

 Data di nascita: GG / MM / AAAA / /

Codice Fiscale:

Via:

Città:

CAP:

Telefono:

Email:

Firmando questo modulo, dichiaro di aver letto e compreso il consenso informato. Dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre al mio medico le domande relative al test, ricevendo risposte soddisfacenti. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web www.istitutovarelli.it per ottenere maggiori informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test. Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento.

Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data ____/____/____

Firma _____

INFORMATIVA AL PAZIENTE

Il test ha esclusivamente un valore informativo e fornirà esclusivamente un risultato circa la compatibilità o non compatibilità genetica tra i campioni biologici in esame.

Il risultato ottenuto non potrà avere valenza giuridica e quindi non potrà essere prodotto come prova in sede di giudiziale, non essendo stata accertata l'identità dei soggetti da cui provengono i campioni biologici ed acquisite le necessarie autorizzazioni.

IMPORTANTE: Il test non può essere effettuato costringendo gli interessati ad effettuare il prelievo contro la propria volontà, o effettuando i prelievi su minori senza avere la potestà genitoriale sul minore medesimo (art. 316 c.c.), in quanto verrebbero violate delle norme di legge. Il cliente si assume ogni responsabilità nel caso gli stessi siano stati ottenuti in maniera illegale.

DNA PROFILING SU TRACCE BIOLOGICHE

Io Sottoscritto/a

.....
 autorizzo **l'Istituto Diagnostico Varelli Srl**, sito in via Cornelia dei Gracchi 65 a Napoli ad effettuare il DNA Profiling sui campioni biologici di seguito specificati, effettuando successivamente la comparazione dei relativi profili genetici ottenuti:

CAMPIONE	RELAZIONE (es. Padre, Figlio,...)	TIPOLOGIA CAMPIONE (es. Sangue, Tampone...)	ETICHETTA CAMPIONE
Campione A			



CAMPIONE	RELAZIONE (es. Padre, Figlio, ...)	TIPOLOGIA CAMPIONE (es. Sangue, Tampone...)	ETICHETTA CAMPIONE
Campione B			
Campione C			

ACCETTAZIONE / CONSENSO:

 SI NO

Desidero essere informato/a sui risultati del test tramite e-mail.

 SI NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base all'art.13 del D.Lgs 196/2003, al REG. UE 679/2016 e all'art. 13 GDPR 679/16.

 SI NO

Dichiaro inoltre di essere stato/a adeguatamente informato/a da parte di personale sanitario dell'**Istituto Diagnostico Varelli Srl** e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire ed i relativi risultati ottenibili;

 SI NO

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a dal personale dell'**Istituto Diagnostico Varelli Srl** che costituisce reato costringere la persona ad effettuare il prelievo contro la propria volontà, o l'effettuare prelievi su minori senza avere la patria potestà su minore medesimo nelle forme e ai sensi dell'art. 316 c.c.;

 SI NO

Dichiaro inoltre di aver proceduto al prelievo dei campioni biologici sopra specificati rispettando tali norme; e declino l'**Istituto Diagnostico Varelli Srl** da ogni responsabilità circa il mio operato non conforme a quanto sopra specificato.

 SI NO

Fornisco quindi il consenso all'**Istituto Diagnostico Varelli** per l'espletamento dell'esame. Sono consapevole che il predetto accertamento, eseguito sui campioni biologici da me forniti, non potrà avere valore giuridico poiché non verrà accertata dal Vs. centro l'identità delle persone oggetto d'esame, ed acquisite le relative autorizzazioni da parte degli esercenti la patria potestà. Informato/a sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs 196/2003 e GDPR 679/2016 (codice in materia di protezione dei dati personali) esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali l'**Istituto Diagnostico Varelli Srl**.

Data

____/____/____

Nome e Cognome
in stampatello

Firma _____