



Associazione
Cante di Montevecchio
- O n l u s -

LABORATORIO CANTE DI MONTEVECCHIO
(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESTRAZIONE E LA CONSERVAZIONE
DEL DNA**

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI IN MINORI

Io sottoscritto..... Padre del minore:.....
congiuntamente a:.....Madre del minore
nato/a.....il...../...../.....Residente in.....Prov.....CAP.....
Via.....n°.....Tel.....

Dopo essere stato/a informato/a che:

- L' estrazione del DNA dal materiale biologico prelevato al minore sarà eseguita presso il Laboratorio "CANTE DI MONTEVECCHIO".
- Il DNA del minore sarà conservato presso il Laboratorio CANTE DI MONTEVECCHIO.
- Il DNA del minore potrà essere utilizzato per ulteriori indagini ad esclusivo scopo diagnostico e/o di ricerca, mai a fini di lucro diretto
- Saranno garantiti ai sensi del D.L. N°196/03 l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sui dati genetici acquisiti.
- Potrò esprimere la volontà di non essere informato sui risultati delle ulteriori indagini (art.10 comma 2 della Convenzione sui diritti dell'Uomo e sulla Biomedicina – Oviedo 4 Aprile 1997, ratificata dalla legge 28 Marzo 2001 n.145)
- Saranno attuate tutte le procedure idonee a garantire l' idoneità del campione conservato; ciononostante il Centro declina ogni responsabilità per eventuali danni o incidenti che possono verificarsi.
- I dati genetici acquisiti potranno essere conservati ed eventualmente utilizzati al solo scopo di ricerca.
- In ogni momento potrò comunicare eventuali cambiamenti di opinione in merito a quanto dichiarato; in tal caso il campione ed i relativi dati saranno eliminati e non verranno utilizzati per future ricerche.

DICHIARA DI

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | la conservazione del DNA del minore |
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | l'utilizzo del materiale per ulteriori indagini ad esclusivo scopo diagnostico e/o di ricerca |
| <input type="checkbox"/> Autorizzare | <input type="checkbox"/> Non autorizzare | la conservazione dei dati genetici acquisiti e l'eventuale utilizzo a scopo di ricerca |
| <input type="checkbox"/> Volere | <input type="checkbox"/> Non volere | essere informato di eventuali risultati riguardanti la salute derivanti dai suddetti studi e da ricerche. |

Data..... Firma

La sottoscritta, Dr.ssa Luigia Varriale, Direttore del Laboratorio Cante di Montevecchio, garantisce il rispetto delle suddette dichiarazioni.

Data..... Firma.....