



**CONSENSO INFORMATO PER ESAME OBIETTIVO/VISITA GINECOLOGICA/PRELIEVI
BIOLOGICI/RACCOLTA REPERTI E CAMPIONI IN CATENA DI CUSTODIA**

(2 COPIE: UNA PER LA GINECOLOGIA E UNA ACCOMPAGNA IL KIT)

Io sottoscritto/a (Cognome).....(Nome).....

nato/a a il .../.../.....

residente aProv. in via

* in proprio

* in qualità di legale rappresentante

* altro di (Cognome e Nome dell'interessata)ricevuta

idonea informativa, esprimo il consenso al trattamento da parte di

..... per finalità di tutela della salute, dei dati personali che mi

riguardano, ai sensi degli artt. 76,79 e 82 D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Documentazione Fotografica

Acconsento all'acquisizione di documentazione fotografica. Accetto altresì che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura, per opportuna documentazione ai fini diagnostici terapeutici, nel rispetto delle norme sulla privacy.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO



Raccolta Materiale Biologico

Acconsento al prelievo ed alla conservazione di eventuali tracce biologiche ritenute utili per indagini genetiche, ad esclusivi fini di svolgimento di indagini difensive o per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, in accordo con le disposizioni contenute nell'Autorizzazione dell'Autorità Garante n. 8/2013 "Autorizzazione Generale al trattamento di dati genetici" e secondo le modalità di cui sono stata informata dal dott/ssa in particolare mi è stato precisato **che il suddetto materiale sarà conservato per anni 10 dal prelievo.**

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Acconsento al trattamento dei dati tossicologici forensi riguardanti la ricerca di droghe facilitanti l'abuso, secondo quanto acconsentito nella Catena di Custodia Campioni per Test Tossicologici.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Acconsento ai prelievi per indagine clinica (microbiologia e sierologia)

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Visita

Acconsento ad essere sottoposta ad ispezione corporale ed esame ginecologico al fine di indagine clinica e medico-legale.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data e Luogo

Firma della Paziente e /o del tutore legale

Timbro e Firma del Medico