

Modulo di consenso informato per i pazienti

Esecuzione del test HER2DX

Io,
(Nome e cognome)

Dichiaro di:

- Aver letto il foglio informativo che mi è stato fornito sul test HER2DX.
- Aver chiesto informazioni sul test HER2DX.
- Aver ricevuto sufficienti informazioni sul test HER2DX.
- Aver parlato con il Dott./la Dott.ssa:
- Sono consapevole che la mia partecipazione al test è volontaria.
- Acconsento volontariamente all'esecuzione del test HER2DX e alla raccolta delle mie informazioni cliniche associate.
- Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, secondo l'informativa fornita.

Inoltre, acconsento all'utilizzo del materiale biologico eccedente derivante dall'esecuzione del test a fine di ricerca, nonché alle informazioni cliniche necessarie (fino a un massimo di 15 anni di evoluzione). SI NO

Inoltre, desidero ricevere comunicazioni relative alle informazioni derivanti dalla ricerca eventualmente rilevanti per la mia salute. SI NO

Autorizzo all'uso di questi campioni in progetti di ricerca che prevedono studi completi sul genoma. SI NO

.....
Firma del paziente
(o del rappresentante legale, se applicabile)

Data: / /
(gg/mm/yyyy)

.....
Firma del medico responsabile

Data: / /
(gg/mm/yyyy)