



Regione Puglia
COMITATO ETICO INTERPROVINCIALE AREA 1
(A.O.U. di Foggia, ASL FG, ASL BAT)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PER SCOPI DI SPERIMENTAZIONE CLINICA

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, residente in _____ (Provincia _____), Via _____, N° _____, CAP _____, tel. _____

in qualità di:

- interessato
- esercente la responsabilità genitoriale del minore (è necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori)
Padre _____, nato a _____, il _____, residente _____
Madre _____, nata a _____, il _____, residente _____
- amministratore di sostegno dell'incapace naturale/rappresentante legale
_____, nato a _____, il _____, residente _____

- dà il proprio consenso** al trattamento dei dati per finalità relative alla sperimentazione clinica **nega il proprio consenso**
- dà il proprio consenso** al trattamento dei dati ed al loro trasferimento in paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea per scopi di sperimentazione/ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento **(da inserire solo se vi è un trasferimento)** **nega il proprio consenso**
- dà il proprio consenso** alla eventuale cessione dei dati in forma anonima ad aziende farmaceutiche o ad altri soggetti che utilizzino gli stessi a scopo di studio o ricerca. **nega il proprio consenso**
- dà il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

affinché i risultati delle analisi e di eventuali scoperte inattese che emergano durante le attività di sperimentazione siano comunicate a:

- me medesimo
- familiare (Cognome e nome _____)
- convivente/coniuge (Cognome e nome _____)
- medico di famiglia (Cognome e nome _____)

DICHIARA

- di acconsentire** alla conservazione dei campioni biologici presso la Biobanca
.....
- di non acconsentire** alla conservazione dei campioni biologici presso la Biobanca
.....