



Il sottoscritto

[Nome e Cognome]

[nato il]

➤ dichiara:

- di essere consapevole che è stata inoltrata una richiesta relativa alla Teleconsulenza Genetica promossa ed organizzata dall'Intergruppo Melanoma Italiano (IMI)
 - che IMI non ha alcuna responsabilità sull'accuratezza e/o completezza delle informazioni inviate e su eventuali errori nella trasmissione delle stesse
- autorizza i medici incaricati di attuare la Teleconsulenza Genetica al trattamento dei dati anche sensibili e delle informazioni relative alla suddetta attività diagnostica.

Data _____

In fede,

Firma del Paziente _____

Firma

del genitore/i-tutore legale per il paziente di minore età _____

(nome e cognome del paziente di minore età _____)

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente ai destinatari sopraindicati. La diffusione, distribuzione e/o copia del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita ai sensi dell'art. 616 c.p., nonché ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 (c.d. "GDPR"). I suoi dati saranno comunque tenuti per il tempo necessario alle finalità per cui sono stati raccolti, salvo il caso in cui venga revocato il suo consenso.

Per contatti:

Genetica Oncologica

Pad. 15 (ex-IST), II° piano – stanze 38-41
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
L.go R. Benzi, 10 - 16132 GENOVA
genetica@dimi.unige.it