



Centro di Riferimento Oncologico Aviano  
Istituto Nazionale Tumori

**BIOBANCA**

Tel. 0434 659711 - Fax 0434 659427

Presidente

**Dott. Paolo De Paoli**

Responsabili

**Dott. Vincenzo Canzonieri**

**Dott. Agostino Steffan**

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)  
Via F. Gallini, 2 - 33081 AVIANO - Italy - C.F. P.I. 00623340932 - Tel. +39 434 659111 - Fax +39 434 652182.

**CONSENSO INFORMATO PER LA RACCOLTA, LA CONSERVAZIONE E L'UTILIZZO  
DI MATERIALE BIOLOGICO PER LA BIOBANCA**

Il sottoscritto/a.....nato/a il...../...../..... a .....

Residente in.....Prov.....CAP.....

Via.....n°.....Tel.....

**Da compilare solo nel caso in cui il materiale biologico non venga prelevato al Dichiarante:**

il materiale biologico viene prelevato a ..... nato/a il ...../...../.....

a ..... di cui il sottoscritto/a è .....

**DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO:**

- sul significato e le finalità della raccolta di materiale biologico per la Biobanca;
- che Le verrà prelevato del materiale biologico da utilizzare per ricerca in campo oncologico o in campi correlati, anche attraverso analisi genetiche, per indagini a scopo diagnostico, anche attraverso la telepatologia, per studi o per “second opinion”, mai a fini di lucro diretto per la Biobanca. Il prelievo potrà essere ripetuto a diverse fasi della terapia (ad esempio prima e dopo un trattamento). Per quanto riguarda i prelievi ematici, Le verrà prelevata una quota di sangue, sempre inferiore a 30 ml, da destinare esclusivamente alla ricerca.
- che il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Biobanca del CRO e /o, per quanto riguarda i prelievi bioptici tissutali, presso la Anatomia Patologica del CRO;
- che saranno garantiti l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sulle relative indagini, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- che saranno attuate tutte le procedure atte a garantire l'idoneità del campione; ciononostante l'Istituto non si ritiene responsabile per eventuali danni accidentali che possono verificarsi al campione biologico;
- che è Suo diritto revocare, in qualunque momento, il consenso rilasciato con la firma di questo modulo; in tal caso il materiale residuo verrà eliminato;
- che è Suo diritto chiedere informazioni sugli studi effettuati grazie al Suo contributo (rivolgendosi alla Biobanca, tel. 0434/659711)

**E PERTANTO DICHIARA:**

di dare il proprio consenso alla raccolta, conservazione ed utilizzo del materiale biologico per le finalità sopra descritte

SI

NO

**Data**.....

**Firma dell'interessato** .....

Il Sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome.....

Reparto/Istituto .....

**Firma del Sanitario** .....

Il Responsabile della Biobanca garantisce il rispetto delle suddette dichiarazioni.

**Firma e timbro del Responsabile della Biobanca**

.....