



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.

Segreteria IMI

Via XII Ottobre, 1 - 16121 GENOVA

Tel. 010 8907874

segreteria.melanomaimi@gmail.com

www.melanomaimi.it