



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 e delle informazioni relative alla suddetta attività diagnostica.

Data \_\_\_\_\_

In fede,

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

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").

**Segreteria IMI**

Corso A. Podestà, 8/1 - 16128 GENOVA  
Tel. 010 5399812 - Fax 010 541931  
segreteria.melanomaimi@gmail.com  
www.melanomaimi.it