



**PRESTAZIONE**

Richiesta per: Neuropatie ereditarie

Tecnica di analisi: Sequenziamento NGS ed eventuale approfondimento mediante MLPA

Geni analizzati: AARS1 ABHD12 ACER3 AHNAK2 AIFM1 ALDH18A1 AMACR AP1S1 ARHGEF10 ARL6IP1 ARSA ASAH1 ASCC1 ATAD3A ATL1 ATL3 ATP1A1 ATP7A BAG3 BICD2 BSCL2 C1ORF194 CCT5 CD59 CHCHD10 CLTCL1 COA7 COX6A1 CTDTP1 DCAF8 DCTN1 DGAT2 DGUOK DHTKD1 DNAJB2 DNAJC3 DNM2 DNMT1 DRP2 DST DYNC1H1 EGR2 ELP1 EMILIN1 FAM126A FBLN5 FBXO38 FGD4 FIG4 FLVCR1 GALC GAN GARS1 GBE1 GBF1 GDAP1 GJB1 GJB3 GNB4 HARS1 HEXA HINT1 HK1 HOXD10 HSPB1 HSPB3 HSPB8 IFRD1 IGHMBP2 INF2 ITPR3 JAG1 JPH1 KARS1 KIF1B LAS1L LITAF LMNA LRSAM1 LYST MARS1 MCM3AP MFN2 MME MORC2 MPV17 MPZ MTMR2 MYH14 NAGLU NALCN NDRG1 NEFH NEFL NEMF NFASC NGF NGLY1 NMNAT2 NTRK1 PDK3 PDSS1 PDXK PEX1 PEX16 PEX7 PHYH PIEZO2 PLA2G6 PLD3 PLEKHG5 PMM2 PMP2 PMP22 PNKP PRDM12 PRPH PRPS1 PRX RAB7A REEP1 RETREG1 RNF170 SACS SAMD9L SBF1 SBF2 SCARB2 SCN11A SCN9A SCO2 SCYL1 SEPTIN9 SETX SGPL1 SH3TC2 SIGMAR1 SLC12A6 SLC25A21 SLC25A46 SLC5A7 SNAP29 SORD SOX10 SPG11 SPTLC1 SPTLC2 SPTLC3 STAT5B STXBP5L SURF1 SYT2 TBCD TDP1 TECPR2 TFG TK2 TRIM2 TRIP4 TRPV4 TTR TUBB3 UBA1 VCP WARS1 WNK1 YARS1 ZFH2 ZSWIM6 m.8993T>C e T>G

Note:ALLEGARE RELAZIONE CLINICA

**IMPEGNATIVE (codici prestazioni)**

G1.0210\_2 ANAL. MUTAZ. CHE NECESSITA DA 2 A 10 GENI PER LA DIAGNOSI DI MALATTIA

**Codici per la registrazione in SSI:**

AAOC



## INFORMAZIONI PER IL PRELIEVO

Non è necessario il digiuno

### Tipo di Prelievo / Campione biologico

Prelievo ematico 3-5 mL in EDTA (provetta Tappo Viola)

**NOTA: NON SI ACCETTA DNA GIA' ESTRATTO**

Sulla provetta devono essere obbligatoriamente indicati i seguenti dati del paziente: NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA, DATA DI ESECUZIONE DEL PRELIEVO scritti mediante sistema informatico o in stampatello con caratteri leggibili ed indelebili.

### Documentazione obbligatoria da allegare al prelievo:

- modulo di richiesta e consenso informato correttamente compilato in ogni sua parte e firmato dal paziente (genitore/tutore legale in caso di minorenni) e dal Medico richiedente.
- impegnative / autorizzazione Direzione Sanitaria
- fotocopia documento di identità e Tessera Sanitaria (solo per campioni spediti da strutture esterne)
- referti dei test genetici eseguiti in precedenza e relazioni cliniche inerenti alla richiesta esame

**La mancata o parziale compilazione di tale documentazione comporterà l'impossibilità di procedere all'accettazione dell'esame richiesto.**

### Consegna / Spedizione del campione

I campioni biologici devono essere tenuti separati dalla documentazione cartacea e collocati in contenitori secondari e/o terziari idonei. I campioni biologici, conservati a temperatura ambiente, devono essere consegnati in Laboratorio ENTRO 24 ORE dal prelievo (in casi particolari, solo per prelievi in EDTA, è possibile la conservazione a +4°C e consegna in Laboratorio al massimo ENTRO 48 ORE dal prelievo).

Il prelievi che devono pervenire alla segreteria della UOC di Genetica ed Epidemiologia Clinica, devono essere inviati dal LUNEDÌ al VENERDÌ:

- entro le ore 13.00 per gli esterni all'AOUP
- entro le ore 14.00 per gli interni all'AOUP

### Indirizzo di consegna / spedizione:

UOC Genetica ed Epidemiologia Clinica  
Segreteria - Palazzina Clinica Pediatrica - 4° piano  
Via Giustiniani 3 - 35128 Padova

### Per ulteriori informazioni:

Tel. 049 821 3513 (dal lunedì al venerdì 9.00-11.00)  
laboratorio.genetica@aopd.veneto.it  
www.aopd.veneto.it/AnalisiGenetiche

## Modulo Clinico di Supporto alla Richiesta del Test Genetico

### 1. Informazioni anamnestiche

Età alla prima manifestazione neurologica: \_\_\_\_\_

Progressione: \_\_\_\_\_

Familiarità per neuropatie o altre malattie neurologiche: \_\_\_\_\_

Eventuale consanguineità: \_\_\_\_\_

### 2. Manifestazioni cliniche principali

Neuropatia sensitivo-motoria:

Assonale    Demielinizzante    Mista / intermedia

Neuropatia motoria distale (dHMN)

Neuropatia sensitiva/autonomica (HSAN)

Neuropatia a piccole fibre (SFN)

Ipoestesia / parestesie distali

Dolore neuropatico

Ulcere

Debolezza muscolare arti inferiori

Deformità del piede: \_\_\_\_\_

Amiotrofia distale

Debolezza prossimale

Crampi / fascicolazioni

Segni piramidali associati: \_\_\_\_\_

Coinvolgimento bulbare / laringeo / facciale

Coinvolgimento respiratorio / diaframmatico

Tremore o instabilità posturale

Altro: \_\_\_\_\_

### 3. Manifestazioni sistemiche associate

- Cataratta / retinopatia / atrofia ottica
- Sordità neurosensoriale
- Cardiomiopatia o aritmie
- Diabete mellito o intolleranza glucidica
- Epatomegalia o epatopatia
- Disturbi gastrointestinali cronici
- Disturbi cognitivi o psichiatrici

Alterazioni scheletriche associate: \_\_\_\_\_

- Disturbi endocrini

Altri reperti sistemici: \_\_\_\_\_

### 4. Esami diagnostici già eseguiti di cui allegare il referto

- RM encefalo / midollo spinale
- Elettroencefalografia / Elettromiografia
- Studio delle piccole fibre (test al sudore, biopsia cutanea)
- Potenziali evocati
- Analisi metaboliche (lattato, acidi organici, aminoacidi, acilcarnitine, vit. B12, folati)

Altri: \_\_\_\_\_

### 5. Considerazioni dello specialista richiedente

---

---

---

---

---

---



**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DEL  
CONSENSO INFORMATO ALL'ANALISI GENETICA - MINORE/TUTORE LEGALE**  
(Tutte le voci DEVONO essere compilate)

**DATI IDENTIFICATIVI E SANITARI DELLA PERSONA ASSISTITA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Analisi genetica proposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO**

Legale rappresentante 1 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Legale rappresentante 2 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In qualità di

- Genitori ( **se presente UN SOLO ACCOMPAGNATORE** compilare Modello di Autocertificazione per i genitori, in allegato )  
 Tutore legale ( compilare Modello di Autocertificazione della Qualità di Legale Rappresentante, in allegato )

**DICHIARO di :**

- aver ricevuto dal Medico informativa scritta e dettagliate informazioni sugli aspetti genetici della malattia presente nella famiglia e/o di cui è affetto
- aver compreso l'utilità e le caratteristiche dell'analisi genetica proposta ed i suoi eventuali limiti (es. possibilità di falsi positivi/negativi, risultati non conclusivi dal punto di vista clinico)
- aver compreso le implicazioni dei possibili risultati per l'individuo, la famiglia e/o il nascituro e la possibilità di ottenere risultati inattesi (es. informazioni su rapporti di consanguineità o su possibilità di sviluppare malattie su base genetica)
- autorizzare il trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Art. 13 Regolamento UE 2016/679)

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- aver COMPRESO che le analisi familiari, eseguite ai fini di una corretta interpretazione del risultato, prevedono una comparazione del dato del figlio / feto con quello dei genitori e pertanto gli esiti dell'esame potrebbero rilevare la non corrispondenza biologica tra il DNA della coppia e quello del probando. Si precisa che, non essendo oggetto della richiesta l'accertamento in ordine alla maternità/paternità biologica, questa informazione non verrà fornita nè sarà oggetto di alcuna refertazione

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- aver COMPRESO che qualora il consenso non venga compilato in tutte le sue parti il campione NON VERRA' PROCESSATO e che il materiale biologico verrà eliminato dopo 3 mesi dalla data di arrivo in laboratorio, senza alcuna notifica al paziente da parte del laboratorio

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

segue



**ACCONSENTO**, in piena consapevolezza, per il minore rappresentato all'esecuzione dell'analisi genetica proposta e ad eventuali approfondimenti qualora necessari per una corretta interpretazione del risultato

**AUTORIZZO** l'invio del referto al MEDICO RICHIEDENTE l'analisi (come specificato nel "Modulo richiesta analisi genetiche").

**DICHIARO** inoltre di:

- Volere  Non volere essere informato dei risultati dell'analisi,
- Volere  Non volere essere informato di eventuali risultati inattesi non correlati con l'indicazione all'indagine, quali varianti causative in geni implicati in patologie trattabili o per le quali è possibile mettere in atto un protocollo di sorveglianza
- Volere  Non volere che il materiale biologico prelevato sia conservato almeno fino alla refertazione mentre DNA/preparati citogenetici siano conservati dopo la refertazione fino a deterioramento o ad esaurimento  
N.B. non acconsentire implica l'impossibilità di condurre ulteriori indagini a fini diagnostici sul probando e sugli appartenenti alla stessa linea genetica
- Volere  Non volere che il materiale biologico ed i dati genetici e clinici possano essere utilizzati per studi o ricerche.  
Le informazioni ottenute dalle analisi genetiche hanno un rilievo scientifico oltre che diagnostico e potranno condurre ad una migliore comprensione delle cause delle malattie genetiche. I dati saranno conservati in forma anonima e solo il medico e il personale del Laboratorio avranno accesso al codice identificativo del paziente. I risultati potrebbero essere inoltre condivisi con altri gruppi di ricerca accreditati ed eventualmente pubblicati su riviste scientifiche in forma anonima
- Volere  Non volere essere contattato per informazioni inerenti agli esami effettuati o per controlli successivi per il monitoraggio della patologia
- Volere  Non volere autorizzare la comunicazione dei risultati delle ricerche e/o dei risultati di test e screening genetici agli "appartenenti della mia stessa linea genetica" su loro richiesta "qualora tali risultati siano indispensabili per evitare un pregiudizio per la loro salute, ivi compreso il rischio riproduttivo" (Garante per la protezione dei Dati Personali, registro dei provvedimenti n°258, 24/06/2011, paragrafo 9, comunicazione e diffusione dei dati)

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità, dichiarano che quanto sopra corrisponde a verità e di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento. Si impegnano quindi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma legale rappresentante 1 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma legale rappresentante 2 \_\_\_\_\_

Medico che ha raccolto il consenso

Cognome-Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# Informativa agli utenti per il trattamento dei dati personali per finalità di cura (art. 13 Regolamento UE 2016/679)

**Gentile Signora/Signore,**

La presente Informativa viene resa dall'Azienda Ospedale-Università Padova, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.



## CHI TRATTA I TUOI DATI

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute è l'Azienda Ospedale-Università Padova, con sede legale in Padova, Via Giustiniani n. 1 – C.F./P.Iva 00349040287 sito internet: [www.aopd.veneto.it](http://www.aopd.veneto.it): PEC: [protocollo.aopd@pecveneto.it](mailto:protocollo.aopd@pecveneto.it).



## RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

A garanzia delle attività di trattamento dell'Azienda Ospedale-Università Padova e a tutela dei diritti degli interessati è stato nominato il Responsabile per la Protezione dei dati Personali (RPD) contattabile al seguente indirizzo e-mail: [rpd.aopd@aopd.veneto.it](mailto:rpd.aopd@aopd.veneto.it).



## FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

1. Svolgere tutte le attività necessarie in tema di **prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del suo stato di salute**, compresa, all'atto del ricovero e della dimissione, l'eventuale raccolta di informazioni dal personale medico e sanitario, nonché in caso di prestazioni ambulatoriali e/o diagnostiche e di prestazioni di Unità Operativa di Pronto Soccorso (**finalità di cura**);
2. Espletare gli adempimenti amministrativi e gestionali e svolgere attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari (attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale);
3. Effettuare attività di programmazione per la gestione, il controllo e la valutazione dell'assistenza sanitaria (ivi incluse l'instaurazione gestione pianificazione e controllo dei rapporti tra l'Azienda e gli eventuali centri accreditati/convenzionati con il SSN);
4. Espletare gli adempimenti di legge connessi a norme civili contabili e fiscali;
5. Effettuare ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico, nel rispetto dei limiti e delle condizioni dettate dalla legge
6. Effettuare attività di farmacovigilanza;
7. Effettuare attività didattica in occasione di corsi, seminari ed altre iniziative formative, nel rispetto dei limiti e delle condizioni dettate dalla legge. L'utilizzo dei dati, per tali finalità richiede il consenso libero e specifico dell'interessato solo nei casi in cui è necessaria la sua identificabilità diretta;
8. Gestire l'eventuale contenzioso.



## BASI GIURIDICHE

I dati personali sono trattati solo se sussiste una base giuridica. Per le finalità sopra indicate la base giuridica del trattamento è costituita da:

1. Motivi di interesse pubblico rilevante;
2. Motivi di interesse pubblico nel settore della Sanità pubblica;
3. Finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari;
4. Adempimento a obblighi di legge o di Regolamento;
5. Salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato;
6. Necessità di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogni qualvolta le autorità giurisdizionali esercitano le loro funzioni;
7. In alcuni casi specifici attraverso l'espressione del consenso (Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, Dossier Sanitario elettronico, dati genetici, Referti on line, etc.).



## PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (c.d. Massimario di scarto).



## COMUNICAZIONE DEI DATI E CONSEGUENZE SUL MANCATO CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è **obbligatorio**. Il rifiuto di fornire i dati richiesti comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di ottenere i benefici economici richiesti e/o previsti dalla normativa vigente. Il conferimento dei dati relativi al Suo stato di salute affinché siano comunicati ai Suoi familiari è facoltativo e, in mancanza, si potrà comunque beneficiare delle prestazioni sanitarie: pertanto, in occasione di ogni ricovero verrà chiesto di indicare a quali soggetti si desidera far conoscere tali informazioni.



## MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato in forma automatizzata e/o manuale, sia informatica che cartacea, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, nonché l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati personali rispetto alle finalità dichiarate.



## CATEGORIE DEI DESTINATARI

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere trattati da figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi (*compresi medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.*), nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per l'espletamento di funzioni istituzionali, potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti esterni:

1. Altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (es. altre Aziende Ospedaliere/Sanitarie, la Regione di appartenenza per l'invio delle schede di dimissione ospedaliera, etc.);
2. Altri Enti Pubblici o Università (pubbliche o private);
3. Comune di residenza (es. dati relativi a nascite e decessi, trattamenti sanitari obbligatori);
4. Soggetti qualificati ad intervenire in controversie in cui è parte l'Azienda (compagnie assicurative, legali e consulenti, etc.) al fine di tutelare gli operatori e l'Azienda stessa nelle ipotesi di responsabilità;
5. Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
6. Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge;
7. Imprese esterne alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi l'Azienda Ospedale-Università Padova, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra, i fornitori di beni e servizi di sviluppo, erogazione e gestione operativa delle piattaforme tecnologiche impiegate nell'Azienda (ad esempio: portale per consultazione referti online; fornitura strumenti di diagnostica, etc.) tali soggetti sono previamente nominati quali Responsabili del **trattamento**.



## TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZI O E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

I dati personali non sono oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei. Il Titolare del trattamento rende noto che, qualora necessario, l'eventuale trasferimento di dati verso Paesi extra UE avverrà nel rispetto della normativa vigente. Solo per fini di ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico i dati personali potranno essere comunicati in paesi non appartenenti alla Unione Europea nel rispetto dei limiti e condizioni dettate dalla legge italiana e dalla legislazione Europea.



## DIRITTI DEGLI INTERESSATI

I rapporti con tutti gli interessati ai trattamenti dei dati sono curati dall'Azienda Ospedale-Università Padova alla quale gli interessati hanno il diritto di chiedere di accedere ai propri dati personali, di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, di opporsi al trattamento per motivi legittimi, di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Tali diritti potranno essere esercitati contattando il Responsabile per la Protezione dei dati Personali (RPD) al seguente indirizzo e-mail: [rpd.aopd@aopd.veneto.it](mailto:rpd.aopd@aopd.veneto.it).

Oltre ad esercitare i diritti sopra elencati, l'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo competente in materia, Garante per la Protezione dei Dati Personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).



**Modello di autocertificazione per i genitori in caso di lontananza o impedimento di un genitore**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(art. 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*nome e cognome del genitore*

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*compilare domicilio solo se diverso da residenza*

domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

## DICHIARO

◆ di essere genitore del/della minore

\_\_\_\_\_ *nome e cognome del minore*

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

◆ di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minorenni di età, unite in allegato.

- che il mio stato civile è il seguente:

coniugato/a

altro

in situazione di: *(da compilare nel caso abbia barrato la casella "altro")*

affidamento congiunto

genitore affidatario

genitore non affidatario

◆ che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **NON** può firmare il consenso perché assente per:

lontananza

impedimento

◆ che, ai fini dell'applicazione della Legge 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al Codice Civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito che:

il sottoscritto esercita la responsabilità genitoriale separatamente.

Altro: \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

Allegare copia del documento di identità personale di chi sottoscrive il modulo  
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)



## Modello di autocertificazione per i genitori in caso di lontananza o impedimento di un genitore Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)

### **NORME DEL CODICE CIVILE**

#### **«Art. 316 – Responsabilità genitoriale - Dispositivo dell'art. 316 del Codice civile»**

Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità<sup>3</sup> al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Il giudice, sentiti i genitori e disposto l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento, tenta di raggiungere una soluzione concordata e, ove questa non sia possibile, adotta la soluzione che ritiene più adeguata all'interesse del figlio. Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi. Il genitore che non esercita la responsabilità genitoriale vigila sull'istruzione, sull'educazione e sulle condizioni di vita del figlio.

#### **«Art. 317 - Impedimento di uno dei genitori - Dispositivo dell'art. 337 del Codice civile»**

Nel caso di lontananza<sup>5</sup>, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento<sup>8</sup>, di cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio; il suo esercizio, in tali casi, è regolato dal capo II del presente titolo.

#### **«Art. 320 – Rappresentanza e amministrazione - Dispositivo dell'art. 320 del Codice civile»**

I genitori congiuntamente o quello di essi che esercita in via esclusiva la responsabilità genitoriale, rappresentano i figli nati e nati fino alla maggiore età o all'emancipazione in tutti gli atti civili e ne amministrano i beni. Gli atti di ordinaria amministrazione, esclusi i contratti con i quali si concedono o si acquistano diritti personali di godimento, possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore. Si applicano, in caso di disaccordo o di esercizio difforme dalle decisioni concordate, le disposizioni dello articolo 316....  
OMISSIS ..

#### **«Art. 337-ter. - Provvedimenti riguardo ai figli»**

Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, nei procedimenti di cui all'articolo 337-bis, il giudice adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori, in particolare qualora raggiunti all'esito di un percorso di mediazione familiare. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole, ivi compreso, in caso di temporanea impossibilità di affidare il minore ad uno dei genitori, l'affidamento familiare. All'attuazione dei provvedimenti relativi all'affidamento della prole provvede il giudice del merito e, nel caso di affidamento familiare, anche d'ufficio o su richiesta del pubblico ministero. La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento ..OMISSIS..

*NOTA: Si ricorda che, in caso di separazione, riguardo ai figli, si applicano le disposizioni contenute nel Capo II del titolo IX del Codice Civile.*

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

#### **Art. 13 del Regolamento UE 2016/679**

I dati personali verranno trattati da questa Azienda Ospedale-Università Padova per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione all'erogazione della prestazione sanitaria per la quale sono comunicati.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile l'erogazione della prestazione sanitaria.

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del Regolamento UE 2016/679 in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza ed evitarne la diffusione.

In adempimento ad obblighi di legge potrà essere prevista la comunicazione di dati pertinenti e non eccedenti agli enti e autorità preposti per legge.

Lei ha il diritto (v. artt. 15 - 22 del "GDPR") di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Lei potrà esercitare i diritti sopra elencati contattando il Referente Privacy aziendale, inviando una mail al seguente indirizzo: [protocollo.aopd@aopd.veneto.it](mailto:protocollo.aopd@aopd.veneto.it) o una PEC: [protocollo.aopd@pecveneto.it](mailto:protocollo.aopd@pecveneto.it)

#### **DIRITTO DI PRESENTARE RECLAMO ALL'AUTORITA' GARANTE EX ART. 77 DEL GDPR**

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali.

#### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute è l'Azienda Ospedale-Università Padova con sede in via Giustiniani, 1 – 35128 Padova.

#### **RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)**

Il Titolare del trattamento ha nominato il Responsabile per la Protezione dei dati Personali (RPD), ai sensi dell'art. 37 del "GDPR", contattabile al seguente indirizzo mail: [rpd.aopd@aopd.veneto.it](mailto:rpd.aopd@aopd.veneto.it).

L'informativa completa, in materia di protezione dei dati personali, è consultabile nel sito web aziendale al seguente link: <http://www.aopd.veneto.it/sez.82> - "Informativa utenti"

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
**AUTOCERTIFICAZIONE della QUALITÀ di LEGALE RAPPRESENTANTE**  
(art. 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA di** avere la qualità di tutore di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ avere la qualità di curatore di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ avere la qualità di amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Tale autodichiarazione va presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

data \_\_\_\_\_

**Firma del/la dichiarante**  
(per esteso e leggibile)<sup>1</sup> Indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela.<sup>2</sup> Indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla curatela.<sup>3</sup> Indicare gli estremi del provvedimento di nomina all'amministrazione di sostegno.



**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE  
AUTOCERTIFICAZIONE della QUALITÀ di LEGALE RAPPRESENTANTE  
(art. 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)**

**Informativa sul trattamento dei dati personali  
Art. 13 del Regolamento UE 2016/679**

I dati personali verranno trattati da questa Azienda Ospedale-Università Padova per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione all'erogazione della prestazione sanitaria per la quale sono comunicati.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile l'erogazione della prestazione sanitaria.

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del Regolamento UE 2016/679 in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza ed evitarne la diffusione.

In adempimento ad obblighi di legge potrà essere prevista la comunicazione di dati pertinenti e non eccedenti agli enti e autorità preposti per legge.

Lei ha il diritto (v. artt. 15 - 22 del "GDPR") di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Lei potrà esercitare i diritti sopra elencati contattando il Referente Privacy aziendale, inviando una mail al seguente indirizzo: [protocollo.aopd@aopd.veneto.it](mailto:protocollo.aopd@aopd.veneto.it) o una PEC: [protocollo.aopd@pecveneto.it](mailto:protocollo.aopd@pecveneto.it)

**DIRITTO DI PRESENTARE RECLAMO ALL'AUTORITA' GARANTE EX ART. 77 DEL GDPR**

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali.

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute è l'Azienda Ospedale-Università Padova con sede in via Giustiniani, 1 – 35128 Padova.

**RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)**

Il Titolare del trattamento ha nominato il Responsabile per la Protezione dei dati Personali (RPD), ai sensi dell'art. 37 del "GDPR", contattabile al seguente indirizzo mail: [rpd.aopd@aopd.veneto.it](mailto:rpd.aopd@aopd.veneto.it) .

L'informativa completa, in materia di protezione dei dati personali, è consultabile nel sito web aziendale al seguente link: [http://www.aopd.veneto.it/sez\\_82](http://www.aopd.veneto.it/sez_82) - "Informativa utenti"