

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLO STUDIO

Responsabile Unità Operativa	
Riferimenti di Area	

Il sottoscritto

Nato/a il

a

residente a

Dichiarazione del Partecipante:

Ho ricevuto spiegazioni dettagliate e comprensibili in merito allo studio proposto. Ho letto e compreso tutti i contenuti dell'informativa. Ho avuto l'opportunità di parlare con il medico e di porre tutte le domande necessarie. Sono soddisfatto delle risposte ricevute. Ho avuto abbastanza tempo per riflettere sull'invito e prendere una decisione. Sono consapevole del fatto che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento (verbalmente o per iscritto) senza dare alcuna giustificazione e senza che ciò abbia un impatto sulla mia abituale assistenza sanitaria.

*Ho ricevuto una copia dell'informativa dello studio, del modulo di consenso informato, dell'informativa e del consenso al trattamento dei dati personali. Gli originali sono conservati presso il centro.
Ho ricevuto la lettera informativa allo studio da trasmettere al medico curante.*

Dichiaro di essere volontariamente disposto a partecipare allo studio sopra menzionato, pertanto:

☒ **Acconsento al trattamento dei miei dati demografici, clinici, antropometrici e terapeutici**

Data

Data

Data

Firma del paziente

Firma del medico che ha informato il paziente

Firma del rappresentante legale/tutore del partecipante
(solo in caso di impossibilità del paziente)