

## MODELLO DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DEL REPARTO

### CONSENSO INFORMATO all'impiego dei dati

Mcom6-1 I-B Rev.2 del 03/10/2011

Luogo e data

Io sottoscritto ..... nato a .....  
residente a .....

#### **dichiaro**

di accettare la proposta di partecipare allo studio osservazionale (titolo breve dello studio).

Sono a conoscenza che la raccolta dati non modificherà in alcun modo le procedure che il medico ritiene opportune per la diagnosi e il trattamento della mia patologia.

Sono stato adeguatamente informato circa gli scopi di questa raccolta dati e le metodiche della stessa.

Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico sperimentatore.

Sono a conoscenza che un incaricato della ditta , promotrice dello studio, consulerà ed elaborerà i dati derivanti da questa ricerca.

Autorizzo fin d'ora l'utilizzo e la divulgazione, in forma anonima, per sole finalità scientifiche e amministrative e sempre nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 196/2003), dei risultati della ricerca, compresi i dati clinici che mi riguardano.

Firma .....

Il Medico Sperimentatore (firma) .....

Allegato: n. fogli contenenti notizie su scopi, metodi, benefici attesi e rischi connessi con la sperimentazione (da firmare da parte del paziente).