

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO

ver. 1.0 del 04/04/2019

Indagine sulla prevalenza di oculorinite ed asma allergico in età giovanile

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome),

nato il/...../....., a

ESPRIME IL CONSENSO

NON ESPRIME IL CONSENSO

Alla partecipazione allo studio “Indagine sulla prevalenza di oculorinite ed asma allergico in età giovanile”.

Il soggetto:

- conferma che gli è stata data sufficiente opportunità di discutere i trattamenti disponibili;
- conferma che gli sono state fornite informazioni esaustive sullo studio in oggetto;
- conferma che gli è stata consegnata copia del documento informativo e consenso firmato;
- è conscio della possibilità di ritirare in qualsiasi momento il consenso alla partecipazione

FIRMA DEL SOGGETTO _____ Data _____

Se minorenne, DI ENTRAMBI I GENITORI

_____ Data _____

_____ Data _____

N.B. IN CASO DI MINORENNE, IL CONSENSO VA FIRMATO DALLO STESSO E DA ENTRAMBI I GENITORI

Se applicabile, RAPPRESENTANTE/I LEGALMENTE RICONOSCIUTO/I

_____ Data _____

Nome del /dei suo/suoi rappresentante/i (in stampatello)

FIRMA DEL TESTIMONE _____ Data _____

(qualora il soggetto o rappresentante legale non siano in grado di leggere – DM 15.07.97, art. 4.8.9)

Nome del testimone (in stampatello) _____

MEDICO COORDINATORE DEL PROGETTO: Dr.ssa M.Beatrice BILO’

FIRMA DEL MEDICO _____ Data _____