



**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
PER LA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO/ PROGETTO DI RICERCA**

Gentile Signore/a,

è invitato/a a partecipare allo studio/progetto di ricerca _____. Al fine di una partecipazione consapevole, Le forniamo informazioni in merito alla natura dello studio, agli obiettivi del progetto e alle attività in cui potrà essere coinvolto per la realizzazione delle finalità della ricerca.

È pregato/a di leggere attentamente queste informazioni prima di prendere una decisione in merito ad una Sua eventuale partecipazione al progetto. Potrà porre qualsiasi domanda di chiarimento e riproporre ogni quesito che non abbia ricevuto una risposta chiara ed esauriente.

Nel caso in cui, dopo aver letto e compreso tutte le informazioni fornite, decidesse di voler partecipare allo studio, Le sarà chiesto di voler firmare e datare il modulo di Consenso Informato allegato a questo documento.

I Suoi dati personali saranno trattati come descritto nella specifica informativa al trattamento dei dati personali, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196; tale informativa e la relativa richiesta di consenso al trattamento dei dati Le saranno sottoposte separatamente.

Titolo della ricerca:

CUP Progetto:

Promotore:

Enti attuatori:

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA

OBIETTIVI:

ARTICOLAZIONE STUDIO/PROGETTO (FASI E TEMPISTICHE):

BENEFICI:

RISCHI:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente in _____ alla via _____ n. _____



DICHIARA

di aver letto e compreso l'informativa e di voler partecipare allo studio proposto.

☐ Confermo

☐ Non confermo

FIRMA _____

Si allega copia firmata documento di identità

Ai fini di una consapevole partecipazione alla ricerca, La invitiamo a firmare il seguente modulo, specificandoLe che, firmandolo Lei non rinuncia a nessun diritto di cui è titolare per legge.

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA

Dichiaro di:

- ☐ aver deciso volontariamente di partecipare alla ricerca;
- ☐ aver ricevuto tutte le informazioni relative alla richiesta di partecipare alla ricerca, in particolare sullo scopo, sulle procedure e su quanto a me richiesto;
- ☐ aver ricevuto, letto e capito il documento contenente le "Informazioni relative alla partecipazione alla ricerca", che mi è stato consegnato e di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per una mia partecipazione responsabile alla ricerca;
- ☐ aver avuto la possibilità di fare domande e di aver ricevuto risposte chiare, complete e soddisfacenti;
- ☐ essere stato informato su possibili rischi;
- ☐ essere consapevole che la mia partecipazione è volontaria;
- ☐ essere stato assicurato che potrò ritirarmi dalla ricerca in qualsiasi momento e che questo non avrà nessuna conseguenza negativa sul trattamento e la cura da ricevere;
- ☐ impegnarmi, al fine di non alterare l'obiettività e l'integrità scientifica della ricerca, a mantenere la massima riservatezza e a non divulgare, pubblicare o condividere con terzi alcuna informazione, dato, materiale o dettaglio relativo alle procedure, ai test e ai contenuti dello studio di ricerca di cui verrò a conoscenza durante la mia partecipazione. Il presente obbligo di riservatezza rimarrà valido anche dopo la cessazione della partecipazione alla ricerca, per un periodo di _____ anni (oppure: a tempo indeterminato).



Per qualunque dubbio o quesito può contattare il Dott./Prof.

_____ Telefono _____

Nome e cognome del/la partecipante _____

Firma del/la partecipante _____

Data _____

Nome e cognome del soggetto che ha acquisito il consenso _____

Firma del responsabile della ricerca _____

Data _____

Nome e cognome di eventuali testimoni presenti _____

Firma dei testimoni presenti _____

Data _____

RITIRO DEL CONSENSO

In caso Lei intenda ritirare il Suo consenso alla partecipazione alla presente ricerca, indichi con una “X” la voce desiderata tra le seguenti:

Ritiro il consenso a proseguire alla partecipazione ad una o più delle seguenti attività (specificare le singole attività per le quali si vuole esercitare il diritto al ritiro del consenso):

- _____
- _____
- _____
- _____

Nome e cognome del/la partecipante _____

Firma del/la partecipante _____

Data _____

Nome e cognome del soggetto che ha acquisito il consenso _____



Politecnico di Bari

**Direzione ricerca, internazionalizzazione
e interazione con il territorio**

Firma del responsabile della ricerca

Data

Nome e cognome di eventuali testimoni presenti _____

Firma dei testimoni presenti

Data