



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense  
Dipartimento malattie Nefrologiche Cardiologiche e Vascolari  
Unità Operativa Cardiologia  
Direttore: Dott. S. Tondi

## Modulo di Consenso

### STUDIO MULTICENTRICO, ITALIANO, OSSERVAZIONALE, RETROSPETTIVO SUL DEFIBRILLATORE INDOSSABILE (WEARABLE ITALIAN STUDY: WEAR-ITA 2.0)

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto  
dal dottor \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ spiegazioni esaurienti in merito alla  
richiesta di partecipazione allo studio in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda  
informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata in data \_\_\_\_\_

#### A seguito di quanto appreso, dichiaro:

Di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili  
vantaggi ed inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio promosso dall' IRCCS  
AOU di Bologna Policlinico Sant'Orsola, Bologna.

Che mi è stato fornito un riassunto delle informazioni relative alle caratteristiche dello studio,  
di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che ho  
ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.

Di essere al corrente che sono libero/a di rifiutarmi di partecipare allo studio e che posso  
ritirare il mio consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.

Che la mia adesione allo studio è completamente volontaria

Di essere stato/a informato/a ed acconsento a che i miei dati vengano messi a disposizione non  
solo dei responsabili dello studio e dei loro delegati, ma anche delle Autorità Sanitarie  
nazionali ed internazionali, del Comitato Etico, qualora venissero richiesti; e sono stato/a  
altresì informato/a che i miei dati potranno essere oggetto di comunicazione a congressi  
scientifici nazionali ed internazionali o di pubblicazione per motivi scientifici su riviste  
mediche nazionali ed internazionali, ma che in ogni caso la mia identità sarà protetta da  
riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA).

Sono stato/a inoltre informato/a del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione  
relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico AVEN

Che mi è stata data una copia di questo consenso da trattenere

Sottoscrivendo tale modulo acconsento ☐ non acconsento ☐ a partecipare al su  
indicato studio.

Inoltre, acconsento ☐ non acconsento ☐ ad informare il mio MMG della mia partecipazione al su indicato studio.

Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Paziente** \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_

*Ove applicabile*

Io, sottoscritto, \_\_\_\_\_ confermo che il Medico ha spiegato completamente il Foglio Informativo al paziente sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, \_\_\_\_\_ ha acconsentito ☐ non acconsentito ☐ verbalmente a partecipare al su indicato studio.

Nome e Cognome del testimone imparziale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del testimone imparziale** \_\_\_\_\_