



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

Ospedale Civile di Baggiovara

Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa

Il Direttore

1

Segreteria Ambulatori

tel. 059./396. 2452

Segreteria Reparto

tel. 059 /396. 1933

**Gravi Cerebrolesioni Acquisite: fattori prognostici e qualità della
cura**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLO STUDIO

Io sottoscritto/a: _____

Rappresentante legalmente riconosciuto/Amministratore di sostegno

Staff

Direttore

- Dr. Ssa Giovanna Fabbri

Dirigenti Medici

- Dr. Stefano Righi
- Dr.ssa Monica Corona
- Dr.ssa Daniela Faragolo
- Dr.ssa Carmen Gambarelli
- Dr. Donati Danilo
- Dr.ssa Maria Longhi

in qualità di: _____

*Indicare il rapporto con il/la Paziente (Rappresentante legalmente
riconosciuto/Amministratore di sostegno)*

di: _____

Cognome e Nome in stampatello del/della Paziente

nato/a a _____, il: _____

Luogo e data di nascita del/della Paziente

Coodinatori fisioterapisti

tel 059/3962567

Capo Sala

- Francesca Bonacini
tel 059/3962569

dichiaro

**di aver ricevuto una spiegazione chiara e completa da parte del
Dott. _____ circa la natura, lo
scopo e le modalità di esecuzione dello studio sopra descritto. Ho
chiaramente compreso le informazioni che mi sono state fornite
con la Scheda di Informazione per il Paziente ed ho avuto modo di
discutere con il Dott. _____ tutti i
dubbi relativi alle procedure proposte, ai rischi ad esse associate
ed alle alternative possibili.**

Modulo di Consenso

1

Versione 2 del 23/06/23

Con la presente accetto liberamente che _____
partecipi alla ricerca, essendo consapevole che la sua partecipazione è
volontaria e che è possibile decidere in qualsiasi momento di ritirare il
consenso allo studio senza dover fornire alcuna giustificazione e senza che
questo comprometta la qualità delle cure che gli spettano.
Sono stato informato del diritto di avere libero accesso alla
documentazione relativa alla ricerca.
Sono altresì a conoscenza che tutti i dati raccolti durante lo studio sono
strettamente confidenziali e che la loro archiviazione, gestione e revisione
sarà riservata esclusivamente alle persone incaricate dal Centro di
Coordinamento dello studio, presso il Laboratorio di Epidemiologia Clinica
dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

**Tutto ciò premesso, accetto la proposta di far partecipare la
persona da me rappresentata allo studio descritto nel presente
documento.**

Firma del Rappresentante legalmente riconosciuto o dell'Amministratore di
Sostegno (*):

() L'Amministratore di sostegno deve essere abilitato, con il decreto di
nomina del Giudice Tutelare che gli attribuisce i poteri, alla firma del
consenso informato.*

Luogo e data: _____

Parte riservata all'operatore che ha presentato il documento:

Io sottoscritto Dr. _____

(Cognome e Nome in stampatello)

dichiaro:

A) di avere spiegato al Rappresentante legalmente
riconosciuto/all'Amministratore di Sostegno, la natura e lo scopo

della ricerca nonché le procedure che saranno adottate e il tipo di collaborazione che sarà richiesta;

B) di non avere cercato di influenzare o di costringere in alcun modo il Rappresentante legalmente riconosciuto/l'Amministratore di Sostegno per indurlo a manifestare il consenso alla partecipazione del paziente allo studio;

C) di rilasciare al Rappresentante legalmente riconosciuto/all'Amministratore di Sostegno una copia firmata e datata del presente documento.

Luogo e data: _____

Firma: _____

