

Struttura Complessa di Oncologia – Cattedra di Oncologia

Dipartimento Ospedaliero di Oncologia ed Ematologia

Dipartimento Universitario di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno Infantili e dell'Adulto

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA

UNIVERSITA' DI MODENA E REGGIO EMILIA

Direttore: Prof. Massimo Dominici

Struttura DH Oncologico - Responsabile: Dr. Roberto Sabbatini

Struttura Genetica Oncologica - Responsabile: Dr.ssa Laura Cortesi

Struttura Innovazione e Sperimentazione Clinica Precoce in Oncologia - Responsabile: Dr.ssa Michela Maur

Ufficio di Sperimentazione Clinica – Coordinatore: Dr.ssa Elisa Pettorelli

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a.....dopo aver ricevuto e preso visione del Foglio informativo, confermo che mi è stata offerta sufficiente opportunità di discutere di ogni aspetto dello studio.

Sono stato/a sufficientemente informato/a riguardo agli scopi dello studio; così come dei benefici, e dei miei diritti come partecipante alla ricerca.

Pertanto, accetto di partecipare allo studio proposto.

Ho ricevuto copia del modulo di consenso informato.

FIRMA DEL PAZIENTE _____ Data _____

NOME DEL PAZIENTE (in stampatello) _____

FIRMA DEL MEDICO _____ Data _____

NOME DEL MEDICO (in stampatello) _____

FIRMA DEL TESTIMONE IMPARZIALE _____ Data _____

NOME E COGNOME DEL TESTIMONE IMPARZIALE (in stampatello) _____

(richiesta solo se il paziente o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere
– DM N°162 del 15.7.97 art. 4.8.9)