



Ospedale Policlinico di Modena

Struttura Complessa di Dermatologia

Il Direttore

Modulo di Consenso

“Il ritardo nella diagnosi dei carcinomi squamocellulari cutanei a causa dell'interruzione dei servizi è associato con una prognosi peggiore e modifiche negli approcci chirurgici.”

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

dichiaro di aver ricevuto dalla Prof.ssa Magnoni 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 dalla _____

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 _____

