

PROGETTO MA.RE.A.
MODULO DI CONSENSO INFORMATO
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sezione A. Consenso per l'autorizzazione all'adesione allo Studio

Io sottoscritto/a _____ Genitore di _____

Nato/a a: _____ il: _____

Alunno/a della classe _____ Istituto _____

Acquisite le informazioni riportate nella "Nota Informativa" dichiaro di:

- aver letto e compreso la nota informativa sulle finalità e modalità dello Studio;
- autorizzare mio/a figlio/a a partecipare al suddetto Studio;
- autorizzare che venga effettuato, nel caso in cui, dopo lo screening iniziale (Livello I°) mio/a figlio/a risulti in sovrappeso/obeso/a, un prelievo di circa 10 ml di sangue su mio/a figlio/a per le determinazioni ematochimiche previste dallo Studio;
- autorizzare che mio figlio sia sottoposto a prelievo, anche nel caso in cui non rientri dopo la prima fase dello Studio nei parametri stabiliti per le indagini di II° livello, per far parte del gruppo di controllo;
- essere stato informato ed accettare che dei campioni ematici possano essere conservati nella Banca Biologica dell'A.C.E. come campione di riserva per lo Studio, nonché per eventuali Studi futuri e ad essere, a tale scopo, ricontattato;
- di essere consapevole che la partecipazione di mio/a figlio/a è volontaria e che può spontaneamente ritirarsi in qualunque momento dallo Studio senza dover fornire giustificazione, avendo ricevuto la certezza che né il rifiuto alla partecipazione, né l'eventuale ritiro della adesione comporteranno discriminazioni;
- essere consapevole che il Comitato Etico dell'ASL 11 di Reggio Calabria ha approvato lo Studio, e che potrò rivolgermi al Comitato stesso se lo riterrò opportuno;
- di aver ricevuto la garanzia che potrò avere accesso ai dati che riguardano mio/a figlio/a;
- di aver ricevuto garanzia che per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al Responsabile scientifico dello Studio o a persona da lui designata.

Avendo accettato i punti sopraindicati :

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le fasi dello Studio (questionario-rilievi antropometrici-prelievo ematico - ecografia fegato - ecocolordoppler delle carotidi)

| SI | | NO |

Autorizzo mio/mia figlio/a a partecipare solo alla fase 1 dello studio (questionario - rilievi antropometrici) ed a sottoporsi a esame ecografico del fegato e delle carotidi

| SI | | NO |

Data _____ Firma _____

Sezione B. Consenso per il trattamento dei dati personali

Acquisite le informazioni sul trattamento dei dati personali e sensibili (v. art. 7,8, 9, 13 del dlgs. 196/2003) riportate nella "Nota Informativa", Autorizzo il trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a per lo Studio in oggetto e, eventualmente, per la gestione della Banca Biologica

| SI | | NO |

Data _____ Firma _____

Sezione C. Consenso dell'alunno

Dichiaro di voler partecipare allo Studio in oggetto,essendo stato autorizzato dal sopraindicato genitore

| SI | | NO |

Data _____ Firma _____

PROGETTO MA.RE.A.
MODULO DI CONSENSO INFORMATO
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sezione A. Consenso per l'autorizzazione all'adesione allo Studio

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a: _____ il: _____

Alunno/a della classe _____ Istituto _____

Acquisite le informazioni riportate nella "Nota Informativa" dichiaro di:

- avere ricevuto dal medico referente informazioni chiare ed esaurienti circa le finalità e le procedure dello Studio;
- aver letto e compreso la nota informativa;
- autorizzare che venga effettuato, nel caso in cui, dopo lo screening iniziale (Livello I°) risulti in sovrappeso/obeso/a, un prelievo di circa 10 ml di sangue per le determinazioni ematochimiche relative allo Studio;
- autorizzare che mi venga, comunque, effettuato un prelievo ematico per far parte del gruppo di controllo;
- essere stato informato ed accettare che una parte del sangue prelevato venga conservato nella banca biologica dell'A.C.E. come campione di riserva per lo Studio, nonché per eventuali Studi futuri e ad essere, a tale scopo, ricontattato;
- di essere consapevole che la mia partecipazione è volontaria e che posso spontaneamente ritirarmi in qualunque momento dallo studio senza dover fornire giustificazione, avendo ricevuto la certezza che né il rifiuto alla partecipazione, né l'eventuale ritiro della adesione comporteranno discriminazioni;
- essere consapevole che il Comitato Etico dell'ASL 11 di Reggio Calabria ha approvato lo Studio e che potrò rivolgermi al Comitato stesso se lo riterrò opportuno;
- di aver ricevuto la garanzia che potrò avere accesso ai dati che mi riguardano;
- di aver ricevuto garanzia che per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al Responsabile scientifico dello Studio o a persona da lui designata.

Avendo chiari i punti sopraindicati:

Dichiaro di voler partecipare a tutti i livelli dello Studio (questionario-rilievi antropometrici-prelievo ematico -ecografia fegato - ecocolordoppler delle carotidi)

| SI | | NO |

Data _____ Firma _____

Sezione B. Consenso per il trattamento dei dati personali

Acquisite le informazioni sul trattamento dei dati personali e sensibili (v. art. 7,8, 9, 13 del dlgs. 196/2003) riportate nella "Nota Informativa", Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per lo Studio in oggetto e, eventualmente, per la gestione della Banca Biologica.

| SI | | NO |

Data _____ Firma _____