



**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE
ALLA RICERCA-AZIONE E PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
DI SOGGETTI MINORENNI**

Titolo della Ricerca-Azione: SPORTELLO PSICOLOGICO

lo sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome in stampatello del soggetto adulto partecipante.

nato/a a _____ (____), il: _____

Luogo e data di nascita del soggetto adulto partecipante.

residente a _____

in _____ via

In qualità di _____ (madre, padre, tutore, ...)

del minore _____

lo sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome in stampatello del soggetto adulto partecipante.

nato/a a _____ (____), il: _____

Luogo e data di nascita del soggetto adulto partecipante.

residente a _____

in _____ via

In qualità di _____ (madre, padre, tutore, ...)

del minore _____

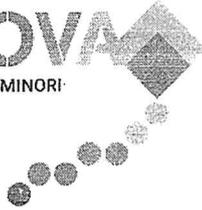
DICHIARO QUANTO SEGUE:

1. ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e del GDPR - Reg. UE 2016/679, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in merito al trattamento di tali informazioni, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per tutte le finalità e nelle modalità indicate nella informativa sopra riportata.

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

2. In relazione al trattamento dei Dati personali, si prevede l'esecuzione di registrazioni audio/video utilizzate ai soli scopi del progetto e senza alcuna diffusione a soggetti diversi da quelli che operano all'interno del medesimo.



FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

3. in qualità di _____ (madre, padre, tutore, ...) e di _____ (madre, padre, tutore), in relazione alla **proposta di partecipazione del minore su cui esercito la responsabilità genitoriale** allo studio di ricerca descritto nel presente documento.

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

DICHIARO INOLTRE QUANTO SEGUE:

1. ho letto e compreso il foglio informativo di cui questo modulo è parte integrante;
2. ho avuto la possibilità di porre domande via mail o telefono e di chiedere spiegazioni al responsabile per la privacy, l'Avv. Francesco Blandi dal quale ho ricevuto risposte soddisfacenti;
3. mi sono state illustrate nei foglio informativo la natura, lo scopo e la durata dello studio, le procedure che saranno seguite, il trattamento previsto per i partecipanti e il tipo di collaborazione che ad essi sarà richiesta;
4. ho compreso che la partecipazione alla ricerca è libera e volontaria e che in qualsiasi momento posso decidere di ritirarmi senza essere in alcun modo esposto a conseguenze negative e senza che siano compromessi i miei diritti e il mio rapporto con il personale coinvolto;
5. Il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di benefici economici o di altra natura, nè da obblighi nei confronti del Referente della ricerca-azione.

Confermo che mi è stata consegnata copia del presente documento informativo e di consenso.

Tutto ciò premesso, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo alla proposta di partecipare alla ricerca descritta nel presente documento.

Luogo e data: _____

Firma: _____

Firma: _____

DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE RICERCATORE

Dichiaro di aver fornito al partecipante informazioni complete e spiegazioni dettagliate circa la natura, le finalità, le procedure e la durata di questo studio clinico di ricerca.

Dichiaro inoltre di aver fornito al partecipante il foglio informativo ed una copia datata e firmata del modulo di Consenso Informato.



Partner Responsabile Area Regionale Toscana



Sede operativa:
Via del Guarlone n. 28 – 50135 Firenze Tel. 055/6260458
Referente regionale: Augusto Borsi – a.borsi@consorzio-zenit.it

FIRMA DEL RICERCATORE _____

Data _____

Nome del ricercatore (in stampatello) _____