



# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA MEDICO GENERALE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI MEDICINA GENERALE e MALATTIE ATEROTROMBOTICHE E  
DEGENERATIVE - *Direttore: Prof. Domenico Girelli.*

Centro Regionale Specializzato per la Ricerca Biomolecolare e Istomorfometrica  
nell'ambito delle Malattie Scheletriche e Degenerative – *Resp. Prof. Luca G. Dalle Carbonare*

Sede di Borgo Roma – P.le L. A. Scuro 10 – 37134 Verona - Tel. 045 812 4262/ 812 4263 - Fax 045 8027496

Protocollo n. 1817  
Versione n.1 del 24/1/2018

## CONSENSO INFORMATO PER LA DONAZIONE DI CAMPIONE BIOLOGICO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (iniziali o numero identificativo) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

### ***dichiaro***

di accettare la proposta di donare un campione di sangue da prelievo periferico per contribuire all'istituzione di una **“ISTOTECA PER LA RICERCA BIOMEDICA NELL'AMBITO DELLE PATOLOGIE DEGENERATIVE”**.

Sono stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi della raccolta, in particolare sono consapevole della necessità di osservare le indicazioni e le regole che mi sono state illustrate e che ho perfettamente compreso.

Sono consapevole che essendo il mio campione trattato in forma anonima, non sarà possibile in futuro ritirare il consenso all'utilizzo del materiale biologico donato e confermo che la mia donazione è pertanto incondizionata.

Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico sperimentatore.



UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 - Certificato n. 194114

Autorizzo sin d'ora l'utilizzo e la divulgazione, in forma anonima e per sole finalità scientifiche e amministrative e nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza, dei risultati della sperimentazione, compresi i dati clinici che mi riguardano.

Autorizzo sin d'ora l'utilizzo e la divulgazione, in forma anonima e per sole finalità scientifiche e amministrative e nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza, dei risultati della sperimentazione, compresi i dati clinici che mi riguardano ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Firma**

---

**Il Medico Sperimentatore**

---

---

(nome in stampatello)

**Testimone\***

---

---

(nome in stampatello)

\*La firma del testimone viene richiesta nei seguenti casi:

- Quando il soggetto o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere e/o sottoscrivere il documento;
- Quando espressamente richiesto dal soggetto o dal suo rappresentante legalmente riconosciuto.

Allegato: n. \_\_\_\_\_ fogli\_ contenent\_\_ notizie sugli scopi, metodi, benefici attesi e rischi, connessi con la sperimentazione (da firmare per presa visione da parte del paziente e del medico informatore)