



Dipartimento di Medicina interna e specializzazioni mediche – Area di Medicina specialistica
U.O.C. Dermatologia - Direttore: Prof. Emilio Berti
Tel. +39 02 55035200 (studio), 02 55035107 (lab)
mail: emilio.berti@policlinico.mi.it – fax 02 50320779

Versione 1.0 del 23.10.2017

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Sperimentatore _____

Titolo dello studio

STUDIO CLINICO-RADIOGRAFICO SULL'ASSOCIAZIONE TRA IDROSADENITE SUPPURATIVA E PARODONTITE/PERI-IMPLANTITE.

Cognome del Paziente _____

Nome del paziente _____

Data di nascita _____

Numero identificativo del paziente _____

Dichiaro che:

- Le informazioni che descrivono questo studio mi sono state spiegate
- lo ho letto e capito il foglio informativo
- Ho ricevuto risposte soddisfacenti alle mie domande
- lo do volontariamente il consenso alla partecipazione a questo studio e all'utilizzo dei miei dati clinici come previsto della normativa vigente ai sensi del D.L. n° 196 del 30 giugno 2003 in materia di diritto alla riservatezza dei dati personali e della Deliberazione n° 52 del 24 luglio 2008 in materia delle linee guida per i trattamenti di dati personali nell'ambito delle sperimentazioni cliniche
- lo ho compreso le procedure richieste per lo studio e accetto di aderirvi

Paziente

Nome e cognome

Firma

Data

Medico che ottiene il consenso

Nome e cognome

Firma

Data

