

CONSENSO INFORMATO

Sono stato informato sulle finalità, le procedure dello studio, l'attività dei relativi farmaci e i possibili effetti collaterali.

Accetto di partecipare allo studio

Nome e cognome	Documento	Firma leggibile	Data
----------------	-----------	-----------------	------

Come genitore o tutore di _____, sono d'accordo che egli/ella partecipi allo studio.

Nome e cognome	Documento	Firma leggibile	Data
----------------	-----------	-----------------	------

Sono d'accordo sulla pubblicazione dei miei dati clinici, del mio albero genealogico, fotografie e altri dati personali.

Nome e cognome	Documento	Firma leggibile	Data
----------------	-----------	-----------------	------

Come genitore o tutore di _____, sono d'accordo sulla pubblicazione dei suoi dati clinici, del suo albero genealogico, delle fotografie e altri dati personali

Nome e cognome	Documento	Firma leggibile	Data
----------------	-----------	-----------------	------
