

**PARTECIPAZIONE al PROGETTO di RICERCA/SPERIMENTAZIONE CLINICA
CON CONSERVAZIONE DI CELLULE**

TITOLO DEL PROGETTO: "Ottimizzazione di procedure integrate cliniche e di laboratorio per la diagnosi ed il follow-up dei difetti complessi dell'immunità"

RESPONSABILE: dott. Alberto Tommasini

Io/noi sottoscritto/a/i

in qualità di assistito madre padre genitori tutore altro (specificare)

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSISTITO

Cognome Nome.....

Nato a..... il

Residente a CAP.....

in Via.....

DICHIARO quanto segue

1. La natura, le finalità, i benefici attesi, i rischi ed inconvenienti possibili di questa ricerca mi sono stati chiaramente spiegati dal dott. Alberto Tommasini sulla base di un documento informativo e consento liberamente di parteciparvi;
2. Mi è stato chiaramente spiegato che posso decidere di non prendere parte alla ricerca o di uscirne in qualsiasi momento, senza che questo alteri i rapporti con il medico e con la struttura presso la quale sono in cura;
3. Sono consapevole che la ricerca potrà essere interrotta in qualsiasi momento, per decisione del ricercatore, senza pregiudizio per la mia salute;
4. Sono stato/a informato/ che sarò messo al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la mia sicurezza e che, per ogni problema o per ulteriori domande potrò rivolgermi al dott Alberto Tommasini presso i Laboratori di Immunopatologia;
5. M'impegno a seguire scrupolosamente le istruzioni ricevute e ad informare il medico responsabile della ricerca di ogni disturbo che dovesse insorgere nel corso della stessa;
6. Sono stato/a informato/a che i dati raccolti saranno oggetto di un rapporto finale e di eventuali pubblicazioni, ma che la mia identità non sarà mai menzionata.
7. Sono stato informato/a che:
 - il materiale biologico prelevato potrà essere/sarà conservato i Laboratori di Immunopatologia dell'IRCCS Burlo Garofolo;
 - il campione potrà essere utilizzato per ulteriori indagini ad esclusivo scopo diagnostico e/o di ricerca, mai a fini di lucro;
 - saranno garantiti l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sulle relative indagini;
 - saranno attuate tutte le procedure idonee a garantire l'idoneità del campione;
 - in ogni momento potrò comunicare eventuali cambiamenti di opinione in merito a quanto dichiarato;
 - in tal caso il campione ed i relativi dati saranno eliminati e non verranno utilizzati per future ricerche.

Pertanto acconsento di partecipare alla ricerca in oggetto e dichiaro di:

a) ☐ autorizzare la partecipazione allo studio

b) ☐ autorizzare la conservazione di cellule

LETTO e APPROVATO: /...../.....
Firma/e data

IL SOTTOSCRITTO DOTT.
cognome nome

conferma di aver debitamente informato, offrendo l'opportunità di porre domande di chiarimento,
il/la Signor/a, riguardo la natura, le finalità, i
benefici attesi, i rischi e inconvenienti possibili della ricerca in oggetto.

Trieste /...../..... firma