

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
CONSENSO INFORMATO - TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

TITOLO:	Valutazione della presenza e persistenza di SARS-CoV-2 nelle feci e nella mucosa rettale
PROTOCOLLO No:	COVID-INT
PROMOTORE:	U.O. proponente: U.O. di chirurgia generale Poggioli, AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola
SPERIMENTATORE	Prof. Gilberto Poggioli
COLLABORATORI:	Dott. ssa Dajana Cuicchi, Dott.ssa Giada Rossini, Prof.ssa Antonietta D'Errico, Prof.ssa Tiziana Lazzarotto, Dott.ssa Liliana Gabrielli, Dott. Andrea Zanoni, Prof. Pierluigi Viale

Il/la sottoscritto/a GIORGIO POGGIOLI ha/a il
residente a in via n.

Dopo aver preso visione dell'informativa, **dichiara** quanto segue:

- di aver letto il foglio informativo datato 13/05/20 e di aver compreso che i dati personali verranno trattati secondo le normative vigenti specificate nel foglio informativo dello studio e che potrà esercitare i suoi diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento in ogni momento e con le modalità specificate ai sensi degli artt. 15 e ss. Reg. UE 2016/679

Conseguentemente alle sue dichiarazioni, sottoscrivendo il presente modulo:

Acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, ai fini della partecipazione al presente Studio,

Nome del Paziente <u>GIORGIO POGGIOLI</u>	Data <u>17/9/20</u>	Firma <u>[firma]</u>
Nome della persona che raccoglie il consenso informato	Data	Firma
Nome dello Sperimentatore <u>[firma]</u>	Data <u>17/9/20</u>	Firma <u>[firma]</u>

Note: 1 copia per il paziente, 1 copia per lo sperimentatore e 1 copia da tenere nella cartella medica del paziente.

Unità Operativa Chirurgia Generale
Direttore: Prof. Gilberto Poggioli
Via Massarenti,9 - 40138 Bologna
T. +39.051.214.4807 - F. +39.051.636.4823
gilberto.poggioli@unibo.it

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
Via Albertoni, 15 - 40138 Bologna
T. +39.051.214.1111 - segreteria.generale@aosp.bo.it
Cod. Fisc. 92038610371

MODULO DI CONSENSO

Titolo della ricerca: **Ricerca di SARS-CoV-2 nelle feci e nelle cellule intestinali di pazienti affetti da COVID-19**

Responsabile dello studio: Prof. Gilberto Poggioli

Io sottoscritto/a.....
nato/a a..... il.....
residente a....., via....., n.
telefono..... e-mail.....

dichiaro

- di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione allo studio, in particolare sulle finalità e sulle procedure;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte soddisfacenti;
- di aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo
- di aver compreso che la partecipazione è volontaria, e che potrò ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò influenzi in alcun modo la mia futura assistenza;
- di essere consapevole che, se ritirerò il mio consenso, i dati raccolti prima del ritiro del consenso saranno utilizzati dal ricercatore;
- di farmi carico della consegna al mio medico di medicina generale della lettera riguardante lo studio ;

Consequentemente a queste dichiarazioni:

- **accetto** liberamente di partecipare allo studio
- **accetto** di essere ricontattato/a in futuro per fornire nuove informazioni o per nuovi studi sul materiale raccolto (se pertinente)

Nome e Cognome.....