

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo** ~~non è d'accordo~~ (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma

Nome della persona che raccoglie il consenso informato

Data

Firma

Nome dello Sperimentatore

Data

Firma

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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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



**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (cancellare la voce non applicabile) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente                      Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il consenso informato                      Data

Firma



Nome dello Sperimentatore                      Data

Firma



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

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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



**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il ..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il ..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

Studio inteventistico TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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



Studio inteventistico TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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



**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

Studio interventistico TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ non è d'accordo** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

Studio interventistico TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ non è d'accordo** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI  
ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna,  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma

Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma

Nome dello Sperimentatore

Data

Firma

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



**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma

Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma

Nome dello Sperimentatore

Data

Firma

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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO:	EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)
PROTOCOLLO No:	TRAPIANTO E ADESSO SPORT
PROMOTORE:	Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....  
il..... residente a..... in  
via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

TITOLO: EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

PROTOCOLLO No: TRAPIANTO E ADESSO SPORT

PROMOTORE: Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....  
il..... residente a..... in  
via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

Studio inteventistico TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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

**CONSENSO INFORMATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

**TITOLO:** EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA NEL PAZIENTE CON TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO (PROGRAMMA TRAPIANTO E ADESSO SPORT)

**PROTOCOLLO N°:** TRAPIANTO E ADESSO SPORT

**PROMOTORE:** Prof Sergio Stefoni, UO Nefrologia Dialisi e trapianto AOU di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/la sottoscritto..... nato/a a.....

il..... residente a..... in

via..... n.....

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

di aver letto e compreso il foglio informativo per i pazienti **datato 7/6/2010** per lo studio sopracitato e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti allo sperimentatore.....

- di aver compreso che la sua partecipazione è volontaria e che potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza influenzare in alcun modo la sua futura assistenza medica.
- di aver compreso che parti della sua cartella, da cui risulti la partecipazione alla ricerca clinica, potranno essere visionate dalle Autorità Regolatorie, dal Comitato Etico e dall'Amministrazione Sanitaria Locale e, pertanto, acconsente che tali soggetti abbiano accesso ai suoi dati.
- 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 dell'art. 7, D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 (c.d. Codice Privacy).

**Acconsente** al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito del presente studio, nei termini e modi indicati ed esposti nell'Informativa, consapevole che sarà garantito l'anonimato nel trattamento.

**Acconsente**, inoltre, espressamente a che la propria documentazione sanitaria, raccolta per le finalità dello studio, venga trattata dagli sperimentatori coinvolti nello studio e possa essere consultata dal *monitor* individuato dal Promotore e menzionato nella informativa.

**Acconsente** che lo sperimentatore ed i suoi collaboratori, espressamente indicati nella informativa, raccolgano ed elaborino i dati derivanti dalle indagini cui verrà sottoposto e ne curino la pubblicazione.

**E' d'accordo/ ~~non è d'accordo~~** (*cancellare la voce non applicabile*) che il suo Medico di famiglia sia informato che sta partecipando a questo studio.

*Si specifica che il consenso informato verrà gestito dai medici specialisti (rispettivamente Cardiologi per il trapianto di cuore, epatologi per il trapianto di fegato e nefrologi per il trapianto di rene) coinvolti nello studio e operanti presso il Policlinico S. Orsola di Bologna*

Conseguentemente alle sue dichiarazioni:

**Accetta** di partecipare liberamente allo studio sopramenzionato, avendo compreso i rischi ed i benefici che vi sono implicati.

Nome del Paziente

Data

Firma



Nome della persona che raccoglie il  
consenso informato

Data

Firma



Nome dello Sperimentatore

Data

Firma



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