



Unità Operativa Complessa
di Gastroenterologia ed Endoscopia
Digestiva

Gastroenterologia
Endoscopia digestiva
Nutrizione clinica
Epatologia
Centro Regionale di Riferimento per la
celiachia

Direttore
Dott. Paolo Gandullia
paologandullia@gaslini.org

Dirigenti Medici
Dott.ssa Serena Arrigo
serenaarrigo@gaslini.org
Dott. Andrea Chiaro
andreachiaro@gaslini.org
Dott. Marco Crocco
marcocrocco@gaslini.org
Dott. Alessandro La Rosa
alessandrolarosa@gaslini.org
Dott.ssa Chiara Longo
chiaralongo@gaslini.org
Dott.ssa Annalisa Madeo
annalisamadeo@gaslini.org
Dott.ssa Sara Signa
sarasigna@gaslini.org

Coordinatrice
Sig.ra Luisa Pozzo
luisapozzo@gaslini.org

Telefono
Degenza
Tel.: 01056362241-2544

Day Hospital
Tel.: 01056363641

Ambulatorio Gastroenterologia
Tel.: 01056363712
Prenotazioni visite tramite Contact Center
dalle ore 8 alle ore 16 dal lunedì al venerdì

Ambulatorio di Celiachia
Tel.: 01056363712
celiachia@gaslini.org

Ambulatorio MICI
Tel 01056363777 dalle ore 9.00 alle 12.00
mici@gaslini.org

Segreteria e Studio Medici
Tel.: 01056362350-3777
dalle ore 9.00 alle ore 13.00 nei giorni feriali

Per visite urgenti
Numero attivo per Pediatri dalle ore 14 alle ore
15 giorni feriali
Tel.: 3357413604
E-mail
gastro@gaslini.org

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, _____
_____ residente a _____ (_____ in via/piazza
_____, in qualità di madre del
paziente _____, nato a _____ il

DICHIARO

- di aver ricevuto dalla dr.ssa Serena Arrigo esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta in oggetto;
- che mi sono stati chiaramente spiegati e di aver compreso la natura, le finalità, le procedure della pubblicazione;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se acconsentire o meno;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso;

DICHIARO pertanto di

- Acconsentire NON acconsentire alla pubblicazione
 Volere NON volere ricevere copia della pubblicazione

Nome per esteso del paziente

Nome per esteso del rappresentante legale (madre)

Data

Firma

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei dati personali nei limiti e con le modalità indicatemi.

Nome per esteso del rappresentante legale (madre)

7/6/23

Io sottoscritta dr.ssa Serena Arrigo dichiaro che il genitore del paziente ha firmato spontaneamente il consenso alla pubblicazione. Dichiaro inoltre di:

- aver fornito al genitore esaurienti spiegazioni in merito a quanto in oggetto;
- aver verificato che il genitore abbia sufficientemente compreso le informazioni fornitegli;
- aver lasciato il tempo necessario e la possibilità di fare domande;
- non aver esercitato alcuna coercizione od influenza indebita nella richiesta del Consenso.

SERENA ARRIGO

Nome per esteso del medico che ha
Fornito le informazioni e raccolto il
Consenso informato

07/06/2023
Data

Alisa Deely
Firma

Genova, 7 giugno 2023