



REGIONE PUGLIA  
**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE POLICLINICO**

Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI  
centralino: tel. 080 / 559.1111

UNITA' OPERATIVA  
GASTROENTEROLOGIA UNIVERSITARIA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di  
Organo (D.E.T.O.)  
Sezione di Gastroenterologia  
Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti di  
Fegato  
Direttore: *prof. Alfredo DI LEO*  
( C.d.R. 3.18 )

---

**MODULO DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI E/O  
INFORMAZIONI CHE LO RIGUARDANO**

---

Nome del paziente:



Titolo dell'articolo in cui sarà incluso il materiale:

**NONSENSE VARIANT OF *ATP8B1* GENE IN HETEROZYGOSIS AND BENIGN RECURRENT INTRAHEPATIC  
CHOLESTASIS: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE**

Descrizione di foto, immagini, testi o altro materiale riguardanti il paziente:

- **FIGURA 1\_ISTOLOGIA EPATICA**
- **FIGURA 2\_ELETTROFEROGRAMMA E PEDIGREE DELLA VARIANTE C.1558 A>T DEL GENE *ATP8B1***

---

Io sottoscritto/a GERLA VINCENZO, esprimo il mio consenso all'inclusione del materiale riguardante la mia persona nella pubblicazione dal titolo **NONSENSE VARIANT OF *ATP8B1* GENE IN HETEROZYGOSIS AND BENIGN RECURRENT INTRAHEPATIC CHOLESTASIS: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE**.

Io sottoscritto/a, inoltre, confermo di avere preso visione di foto, immagini, testi o altro materiale riguardanti la mia persona e di avere letto l'articolo in oggetto.

Io sottoscritto/a, infine, prendo atto di quanto segue:

- che il materiale sarà pubblicato senza fare menzione del mio nome, pur consapevole di non poter avere garanzia di un completo anonimato poiché sussiste la possibilità che qualcuno in qualsiasi luogo, ad esempio, possa riconoscermi;
- che il materiale potrebbe mostrare o includere dettagli della condizione medica o lesione relativa alla mia salute, nonché eventuali prognosi, trattamenti o interventi chirurgici riguardanti la mia persona in passato, al momento presente o in futuro;
- che l'articolo potrebbe essere pubblicato su riviste con distribuzione a livello mondiale; prevalentemente destinate a medici o altro personale sanitario, ma che sono viste anche da molte altre persone, tra cui accademici, studenti e giornalisti;
- che l'articolo, incluso il materiale, potrebbe essere oggetto di comunicati stampa e potrebbe essere accessibile mediante collegamenti ipertestuali su social network e/o utilizzato in altre attività promozionali; che l'articolo, una volta pubblicato, sarà incluso in un sito web e potrebbe essere disponibile anche su altri siti web;
- che il testo dell'articolo potrebbe essere modificato per ragioni stilistiche, grammaticali e di coerenza terminologica prima della pubblicazione;
- che la pubblicazione dell'articolo non comporterà alcun vantaggio economico alla mia persona;
- che l'articolo potrebbe essere utilizzato, in tutto o in parte, in altre pubblicazioni e altri prodotti pubblicati anche da altri editori; ciò include la pubblicazione della versione in inglese e della relativa traduzione, in formato cartaceo, digitale e in qualsiasi altro formato che potrebbe essere utilizzato al momento presente o in futuro; che l'articolo potrebbe apparire in edizioni locali di riviste o altre pubblicazioni, pubblicate all'estero;
- di avere facoltà di revocare il mio consenso in qualsiasi momento antecedente alla pubblicazione dell'articolo, ma che una volta pubblicato l'articolo, non sarà più possibile revocare il consenso;

Bari, 14 Novembre 2019




---

#### DETTAGLI DELLA PERSONA CHE HA SOMMINISTRATO TALE MODULO AL PAZIENTE

Nome e Cognome



Ruolo:

**MEDICAL DOCTOR**

Istituto:

**GATROENTEROLOGY UNIT\_UNIVERSITY OF BARI**

Indirizzo: Piazzale Giulio Cesare, 11 70124 Bari (Italy)

Bari, 14 Novembre 2019

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Massimo Pucillo", is written over a horizontal blue line.