



REGIONE PUGLIA  
**AZIENDA OSPEDALIERA**  
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE  
 Piazza Giulio Cesare, n° 11 – 70124 BARI



**UNITA' OPERATIVA DI**  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
 DIP. METODOLOGIA CLINICA TECNOLOGIE MEDICO-CHIRURGICHE  
**Direttore: Prof. Biagio Moretti**  
 Segreteria: Tel 080 559.2715  
 Reparto: Tel 080 559.2013 / 3054 - Fax 080 559.3213  
 Day Hospital: Tel 080 559.2984

Luogo, Data, ~~\_\_\_\_\_~~ Firma del paziente  
 .....  
~~\_\_\_\_\_~~

Luogo, Data, .../.../... Firma del Rappresentante Legale.....  
 (se appropriato)

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO – STUDIO SPERIMENTALE**

Luogo e data ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~

Io sottoscritto/a (NOME E COGNOME) ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ nato il  
~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~

Dichiaro

di accettare la proposta di partecipare al suddetto studio SPERIMENTALE HUMERUS-PSY. Sono stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi dello studio e le metodiche dello stesso, in particolare sono consapevole della necessità di osservare le indicazioni e le regole che mi sono state illustrate e che ho perfettamente compreso. Sono a conoscenza dei benefici che mi possono derivare dalla partecipazione allo studio, ma anche degli eventuali rischi e di tutti i disagi connessi. Sono consapevole che in qualsiasi momento potrò sospendere la mia partecipazione allo studio, senza obbligo da parte mia di motivare la decisione, a meno che la stessa non derivi dalla comparsa di disturbi o effetti indesiderati o non previsti, nel qual caso mi impegno sin da ora a comunicarne tempestivamente al medico natura ed entità. Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico responsabile dello studio

- acconsento
- non acconsento

l'utilizzo e la divulgazione, in forma anonima e per sole finalità scientifiche e amministrative e nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza, dei risultati dello studio osservazionale, compresi i dati clinici che mi riguardano.

Luogo e Data  
~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~

Firma del Paziente  
~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~

Luogo e Data

Firma del Medico

Azienda Ospedaliero Universitaria  
 Consorziale Policlinico di Bari  
 U.C. Ortopedia e Traumatologia  
 Responsabile: Prof. B. MORETTI