

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
(nome e cognome per esteso della persona)

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di avere ricevuto da \_\_\_\_\_

esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della mia partecipazione al "Progetto Diabete":

- di accettare l'arruolamento e la conseguente presa in carico ambulatoriale;
- di essere a conoscenza che il progetto non prevede la somministrazione di farmaci sperimentali né l'esecuzione di esami diversi da quelli che normalmente sarebbero effettuati e che non interferisce in alcun modo con la condotta clinica dei curanti e con le mie cure;
- di essere stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi del progetto e le metodiche dello stesso;
- di autorizzare gli operatori sanitari del Servizio Ambulatoriale del Distretto di residenza ad acquisire dati clinici per l'organizzazione e la predisposizione dell'assistenza ambulatoriale;
- che il consenso è esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste e che questi dati potranno essere trasmessi, nell'esclusivo mio interesse, a strutture e servizi sanitari, anche al di fuori dell'azienda, ove ciò sia necessario per la realizzazione del fine richiesto;
- di essere consapevole che in qualsiasi momento potrò sospendere l'adesione senza obbligo da parte mia di motivare la decisione;
- di essere stato informato sulla gratuità della partecipazione propostomi;
- che il mio consenso è espressione di una libera decisione.

### AUTORIZZO

il personale sanitario che interverrà nel percorso assistenziale ad utilizzare i dati personali e sanitari, ai fini di garantire:

- la continuità di cura e il progetto assistenziale personalizzato;
- la gestione amministrativa e statistico-epidemiologica degli stessi.

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico che ha fornito l'informativa \_\_\_\_\_

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