**** **CONSENSO PER PARTECIPANTI**

 **(Versione finale 1.0: 03/11/2021)**

### Titolo dello studio: TICH-3

**IRAS Progetto ID:** 297457 **CTA ref :** 03057/0074/001-0001

**Nome dello sperimentatore**:

**Nome del partecipante:**

1. Confermo di aver letto e compreso il foglio informativo versione finale 1.0 del 03/11/2021 per lo studio di cui sopra e di aver avuto l'opportunità di porre domande.

2. Comprendo che la mia partecipazione è volontaria e che sono libero di recedere il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna motivazione e senza che le mie cure mediche o i miei diritti legali siano pregiudicati. Comprendo che se dovessi ritirarmi le informazioni raccolte finora non possono essere cancellate e che queste informazioni possono ancora essere utilizzate nell'analisi del progetto.

3. Comprendo che le parti rilevanti della mia cartella clinica e dei dati raccolti nello studio possono essere esaminate da persone autorizzate dall'Università di Nottingham, dal gruppo di ricerca e dall’autorità regolatoria laddove sia rilevante per la mia partecipazione a questo studio. Autorizzo queste persone ad avere accesso a questi dati e a raccogliere, archiviare, analizzare e pubblicare le informazioni ottenute dalla mia partecipazione a questo studio. Comprendo che i miei dati personali saranno mantenuti riservati secondo quanto descritto nell’allegato “Informativa Privacy”.

4. Consenso all'utilizzo dei dati in possibili ricerche future (Facoltativo) (inserire sì/no)

Accetto che le informazioni raccolte su di me possano essere archiviate SI/NO

dall'Università di Nottingham, per un possibile utilizzo in studi futuri. Comprendo che

alcuni di questi studi possono essere svolti da ricercatori diversi dall'attuale team che

ha condotto il primo studio, compresi i ricercatori che lavorano per società commerciali.

Tutti i dati utilizzati saranno anonimi e non verrò identificato in alcun modo.

5. Accetto che il mio medico di famiglia venga informato della mia partecipazione a questo studio e che possa fornire informazioni sul mio stato di salute per il follow-up di 180 giorni.

6. Se perdo la capacità di prendere decisioni da solo durante il corso dello studio,

 Vorrei comunque continuare lo studio a meno che il mio rappresentante legale o

 parente sollevi un'obiezione al riguardo.

SI/ NO

7. Accetto che mi venga inviata una lettera/e-mail con un riepilogo dei risultati (inserire si/no)

8. Accetto di partecipare allo studio di cui sopra.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Nome del Partecipante Data Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome dello sperimentatore che Data Firma

raccoglie il consenso

3 copie: 1 per il partecipante, 1 per la documentazione dello studio e 1 per la cartella