



Università degli Studi di Verona



Azienda Ospedaliera  
"Istituti Ospitalieri di Verona"

Università degli Studi di Verona  
**Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica**

Sezione di Epidemiologia & Statistica Medica  
Direttore: *Prof. Roberto de Marco*

Sezione di Medicina Legale e Medicina del Lavoro  
Direttore: *Prof. Luigi Perbellini*

Università degli Studi di Verona  
**Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche**  
Sezione di Medicina Interna D  
Direttore: *Prof. Vincenzo Lo Cascio*

**CONSENSO INFORMATO AD INDAGINI DIAGNOSTICHE**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a..... il.....dichiara di aver  
letto copia del foglio informativo e di essere stato messo a conoscenza circa gli scopi dello  
studio e sulle metodiche dello stesso (visita medica, spirometria, test allergologici, test di  
provocazione bronchiale, prelievo di sangue e di urine, raccolta di aria espirata) cui deve essere  
sottoposto.

Il/La sottoscritto/a dichiara che il Dott. .... ha esposto quanto  
sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

Acconsente pertanto ad essere sottoposto alle indagini previste

Acconsente di essere sottoposto alle indagini previste, ad eccezione di:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

E' consapevole:

1. di essere libero/a di ritirarsi dallo stesso in qualsiasi momento lo si desidera;
2. che il proprio medico di famiglia sarà informato circa la partecipazione a questo studio;
3. che sono state date copia del presente modulo e del foglio informativo;
4. che la riservatezza dei dati forniti è tutelata in accordo alla vigente normativa (D.Lgs.196/2003).

Verona, lì.....

**Firma**

---

**Il Medico Sperimentatore**

---

---

**(nome in stampatello)**

**Testimone**

---

---

**(nome in stampatello)**

Allegato: n.3 fogli contenenti notizie sugli scopi, metodi, benefici attesi e rischi, connessi con la sperimentazione (da firmare da parte del paziente e del medico informatore)