



## FOGLIO DI CONSENSO INFORMATO

PER I SOGGETTI CHE SI SOTTOPONGONO VOLONTARIAMENTE ALLA SPERIMENTAZIONE

### Titolo dello studio

“Effetti di un fitocomplesso ricco in polifenoli estratto da foglie d’olivo sul controllo della glicemia postprandiale”

**Promotore:** Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche

**Responsabile Scientifico:** Prof.ssa Michela Grosso

N. Accettazione \_\_\_\_\_

*Tipo Campione*  sangue venoso per analisi sierologiche  
 campione urinario

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Anamnesi

---

---

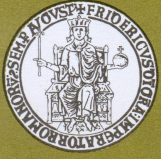
---

### Consenso Informato

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

informato dello studio in oggetto, dichiara:

- di averne compreso le finalità ed esprime il proprio consenso nonché autorizzazione ai Dipartimenti/Strutture di cui sopra ad utilizzare il materiale biologico a lui prelevato per finalità di ricerca scientifica, nonché a trattare i dati clinici e laboratoristici derivati, in forma anonima, esclusivamente a fini statistico-casistici e scientifici.
- di essere stato informato sulle modalità di conservazione e custodia nel tempo del materiale biologico in forma anonima a lui prelevato e di avere ricevuto ampia e condivisibile informazione sulle garanzie di rispetto di riservatezza dei dati.
- di essere disponibile pertanto a donare volontariamente il proprio campione biologico per le finalità del presente studio.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE E BIOTECNOLOGIE MEDICHE

- che la sua autorizzazione è finalizzata esclusivamente al presente studio e che, qualora i dati e il materiale biologico dovessero essere oggetto di ulteriore diverso studio scientifico, ne dovrà essere informato per esprimere specifico consenso al riguardo.

Inoltre, autorizza \_\_\_\_\_ non autorizza \_\_\_\_\_ i Dipartimenti/Strutture di cui sopra a comunicare eventuali risultati derivanti dalle analisi eseguite sul suo materiale biologico, qualora siano rilevanti per la sua salute e/o per quella dei suoi familiari, a lui stesso o al seguente familiare \_\_\_\_\_

Data dell'informazione \_\_\_\_\_

**Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n.101 (detto GDPR) secondo quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679**

Data del consenso \_\_\_\_\_

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

\_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_