

## Trattamento dei dati personali

AUTORIZZO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ivi compresi quelli inerenti allo stato di salute di mio figlio/a, ai sensi del GDPR e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, perchè vengano utilizzati per gli scopi specifici della ricerca nei limiti e con le modalità indicatemi nel presente documento di informazione e consenso.

*I dati che riguardano suo figlio/a potranno essere analizzati da Terze Parti coinvolte in questo studio esclusivamente per finalità legate agli obiettivi di ricerca dello studio stesso.*

Data, Luogo

.....

Firma dei genitori/rappresentanti legale del volontario

.....

.....

## DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE

Dichiaro di aver fornito al/alla partecipante informazioni complete e spiegazioni dettagliate circa la natura, le finalità, le procedure e la durata di questo studio clinico di ricerca.

Dichiaro inoltre di aver fornito al/alla partecipante il foglio informativo e una copia datata e firmata del modulo di Consenso Informato.

FIRMA (del ricercatore)

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del ricercatore (*in stampatello*)

\_\_\_\_\_