

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO (genitori/tutori di soggetti minori)**

**CONSENSO PAZIENTI 3-18 anni**

Titolo della sperimentazione e numero di protocollo:

**“Sorveglianza Sierologica dell’infezione da SARS-CoV-2 mediante test ELISA da Dried Blood Spot (DBS) negli alunni delle scuole di Milano”**

Io sottoscritto..... e Io sottoscritto .....  
genitori/tutori di ....., dichiariamo di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito  
alla richiesta di partecipazione di nostro/a figlio/a allo studio sperimentale in oggetto, secondo quanto  
riportato nel foglio informativo qui allegato, copia del quale ci è stata consegnata in data .....

Dichiariamo di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che abbiamo  
ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.

Dichiariamo anche che nostro/a figlio/a ha ricevuto, da personale esperto nel trattare con i minori,  
informazioni sulla sperimentazione, sui suoi rischi e benefici, commisurate alla sua capacità di  
comprensione.

Accettiamo dunque liberamente di far partecipare alla sperimentazione nostro/a figlio/a, avendo compreso i  
rischi ed i benefici che sono implicati in questa partecipazione.

Siamo stati inoltre informati del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla  
sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico.

Ci sarà consegnata una lettera per il Pediatra/Medico di famiglia di nostro/a figlio/a che avremo cura di  
consegnargli qualora si desideri informarlo.

- acconsento
- non acconsento

che il Dottor ..... comunichi al Pediatra/Medico di famiglia di nostro/a figlio/a,  
Dottor..... , quanto a noi spiegato sul significato della ricerca cui prenderà parte  
nostro/a figlio/a.

Data e Firma dei genitori/tutori legali

Data e Firma del paziente (eventuale)

Data e Firma del medico che ha informato i genitori/tutori



## **Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali**

### **Titolari del trattamento e relative finalità**

Il Centro di sperimentazione, Clinica Pediatrica Ospedale Buzzi, in accordo alle responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (decreto-legge n. 211/2003), tratterà i dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione.

Il trattamento dei dati personali è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non consentirà di parteciparvi.

### **Natura dei dati**

Il medico che seguirà suo/a figlio/a nello studio lo/la identificherà con un codice: i dati raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del nominativo, saranno registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al nominativo.

### **Modalità del trattamento**

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La partecipazione allo studio implica che il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che riguardano suo/a figlio/a, contenuti anche nella documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza dell'identità.

### **Esercizio dei diritti**

Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (es. accedere ai dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione (Professor Zuccotti 02/6363.5321). Potrà interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la partecipazione allo studio: in tal caso, i campioni biologici correlati a suo/a figlio/a verranno distrutti. Non saranno inoltre raccolti ulteriori dati, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.

### **Consenso**

Sottoscrivendo tale modulo acconsento al trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome del genitore/tutore legale (in stampatello) .....

Data e Firma del genitore/tutore legale .....

Data e Firma del minore interessato .....