**Conferma scritta di un medico che**

**non partecipa al progetto di ricerca**

**Conferma per il medico che non partecipa al progetto di ricerca, che *non* è coinvolto nello studio menzionato qui sotto e che garantisce gli interessi del paziente /della paziente (LRUm Art. 30).**

**Indicazioni sul progetto di ricerca**

|  |
| --- |
| Titolo dello studio: |
| Numero dello studio: |
| Istituzione responsabile: |
| Responsabile dello studio nel luogo dello studio (nome e cognome in stampatello): |
| **Partecipante, nome e cognome in stampatello:** |
| Data di nascita (*facoltativo*): |

Ho ricevuto e ho letto il riassunto del protocollo del progetto di ricerca sopra menzionato.

Confermo che gli interessi del paziente /della paziente sono tutelati e che gli /le sono garantite le cure mediche.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo, Data | Nome e cognome in stampatello del medico che non partecipa al progetto di ricerca, e numero di telefono | Firma del medico che non partecipa al progetto di ricerca |

Confermo che il medico che non partecipa al progetto di ricerca è stato informato della natura, significato e della portata del progetto di ricerca. Se in qualsiasi momento dello studio dovessi venire a conoscenza di aspetti che potrebbero influenzare la disponibilità del /della paziente a partecipare al progetto di ricerca, provvederò a informarlo/a immediatamente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo, Data | Nome e cognome in stampatello del medico sperimentatore /della persona sperimentatrice informante, e numero di telefono | Firma dello sperimentatore |