

## 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):
<b>Partecipante, nome e cognome in stampatello:</b>
Data di nascita ( <i>facoltativo</i> ):

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
-------------	---	----------------------------