

**CONSENSO INFORMATO PER I PAZIENTI MAGGIORENNI
CON SINDROME DI SHWACHMAN-DIAMOND**

Luogo e Data _____

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

dichiaro

di accettare l'inserimento dei miei dati nel "**REGISTRO ITALIANO DELLA SINDROME DI SHWACHMAN-DIAMOND**"

Sono stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi e le modalità di funzionamento del registro, che ho perfettamente compreso.

I dati vengono spediti dal mio medico di fiducia e/o da me stesso e possono essere in ogni momento cancellati su mia esplicita richiesta. In tal caso, ciò non comporterà alcun danno e/o discriminazione per la mia cura.

Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico sperimentatore.

Autorizzo fin d'ora l'utilizzo e/o la divulgazione dei miei dati clinici, in forma anonima e per le sole finalità scientifiche, nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza.

Nome e Cognome del paziente

Firma del paziente

Nome e Cognome del medico

Firma del medico
