

## *Consenso informato per la registrazione del colloquio*

Con la presente l'interessato/a sig./sig.ra.....  
dichiara di aver ricevuto dal dr./dr.essa.....  
tutte le informazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali e dei contenuti  
del colloquio clinico in oggetto che, con il consenso dell'interessato/a, sarà audio  
registrato, tenendo il registratore ben in vista, e trascritto su supporto informatico e su  
carta.

I contenuti del colloquio saranno utilizzati esclusivamente per motivo di ricerca, di  
formazione e di cura, con lo scopo di migliorare le cure che vengono fornite.

Nel caso dell'utilizzo del testo registrato per attività di ricerca, di formazione e di  
cura i dati personali (come nome, luogo di residenza e attività lavorativa) del paziente  
e qualsiasi informazione che possa ricondurre alla sua persona saranno alterati e resi  
irricognoscibili.

L'interessato/a dichiara di aver compreso quanto scritto, di aver avuto modo di  
chiedere ogni delucidazione in merito alla procedura e di accettare che il colloquio  
venga audio registrato, trascritto, conservato a cura di chi lo ha registrato e utilizzato  
per attività di ricerca, di formazione e di cura.

Il rifiuto alla procedura di registrazione non preclude le normali cure in questa  
struttura.

Il paziente/l'ospite.....

Il familiare di riferimento.....

Il dr./la dr.ssa.....

Luogo.....

Data.....