

*Proposta di facsimile da personalizzare e stampare su carta intestata della struttura  
(è necessaria la revisione e l'autorizzazione del Responsabile)*

### *Consenso informato per la registrazione del colloquio*

Con la presente l'interessato/a sig./sig.ra.....

dichiara di aver ricevuto dal dr./dr.ssa.....

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 potranno essere utilizzati per motivi di ricerca, formazione, divulgazione scientifica e cura, con lo scopo di migliorare le cure che vengono fornite. In tal caso, i dati personali (come nome, luogo di residenza e attività lavorativa) del conversante e qualsiasi informazione che possa ricondurre alla sua persona o a quella di suoi familiari e di altri ospiti saranno alterati e resi irriconoscibili.

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, formazione, divulgazione scientifica e cura.

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

Il conversante (se e come è in grado di esprimere il consenso)

.....

Il tutore o il familiare di riferimento.....

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

Luogo.....

Data.....