

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL MODULO DI CONSENSO INFORMATO

[ai sensi delle "Prescrizioni relative al trattamento dei dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica (Autorizzazione Generale del Garante Privacy n. 9/2016)" di cui al Provvedimento del Garante Privacy n. 146/2019]

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____,
in qualità di Sperimentatore Principale/delegato dello studio clinico dal titolo: "**Niraparib first line EAP in ovarian cancer: an observational real-life study: MITO 40**", svolto presso (specificare l'Azienda e/o la struttura o l'Ente nella quale opera lo Sperimentatore Principale/delegato)

DICHIARA

che non è stato possibile acquisire il consenso per la partecipazione allo studio per la seguente paziente:

(cognome e nome del paziente)

a causa della sussistenza del seguente motivo:

paziente deceduta in data ____/____/_____
(giorno/ mese/ anno)

paziente non risultata reperibile alla data del ____/____/_____
(giorno/ mese/ anno)

all'esito di ogni ragionevole sforzo compiuto per contattarla (anche attraverso la verifica dello stato in vita, la consultazione dei dati riportati nella documentazione clinica, l'impiego dei recapiti telefonici eventualmente forniti, nonché l'acquisizione dei dati di contatto presso l'anagrafe degli assistiti o della popolazione residente). Le modalità di contatto previste sono state espletate in modo tale da soddisfare il principio di accountability.

In merito all'impiego dei recapiti telefonici forniti, si precisa che sono stati effettuati, quantomeno, tre tentativi di contatto (in tre giorni differenti della settimana e in orari differenti) e che gli stessi non sono andati a buon fine.

Data ____/____/_____ Firma dello Sperimentatore Principale/delegato _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i propri dati personali forniti nella presente dichiarazione saranno trattati e conservati ai sensi del Reg. UE 679/2016 e del Codice Privacy così come modificato dal D.lgs 101/2018 esclusivamente per le finalità per le quali sono stati raccolti.

Data ____/____/_____ Firma dello Sperimentatore Principale/delegato _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.