



CENTRO DI RICERCHE NEUROSCIENZE
UNITA' DI RICERCA NEUROIMMAGINI CNR
RESPONSABILE: PROF. ALDO QUATTRONE

Consenso Informato

“Identificazione e validazione di nuovi biomarcatori, basati su tecniche di Intelligenza Artificiale applicate alla Variabilità della Frequenza Cardiaca, per la diagnosi precoce del Disturbo del comportamento in Sonno REM (RBD)”

(copia per il paziente)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni relative allo studio in oggetto, e di essere stato informato dal Prof. _____ sugli scopi dello studio, sulle modalità attraverso le quali verrà effettuato e di aver avuto modo di chiedere ogni delucidazione.

Accetto volontariamente di partecipare allo studio sopraindicato.

Dichiaro altresì che mi sono state date tutte le informazioni necessarie per la comprensione del progetto a cui parteciperò.

Data _____ Firma _____

- Dichiaro di aver ottenuto il consenso alla partecipazione allo studio del paziente/soggetto in ottemperanza alle disposizioni vigenti, alle norme di Buona Pratica Clinica ed ai principi della Dichiarazione di Helsinki e successive integrazioni e confermo di aver informato il soggetto secondo i contenuti prescritti dalle normative e secondo quanto stabilito nel protocollo sperimentale.

Nome e Cognome di chi ha informato la persona _____

Data _____ Firma di chi ha informato la persona _____

Consenso Informato

Studio

“Identificazione e validazione di nuovi biomarcatori, basati su tecniche di Intelligenza Artificiale applicate alla Variabilità della Frequenza Cardiaca, per la diagnosi precoce del Disturbo del comportamento in Sonno REM (RBD)”

(copia per il ricercatore)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni relative allo studio in oggetto, e di essere stato informato dal Prof. _____ sugli scopi dello studio, sulle modalità attraverso le quali verrà effettuato e di aver avuto modo di chiedere ogni delucidazione.

Accetto volontariamente di partecipare allo studio sopraindicato.

Dichiaro altresì che mi sono state date tutte le informazioni necessarie per la comprensione del progetto a cui parteciperò.

Data _____ Firma _____

- Dichiaro di aver ottenuto il consenso alla partecipazione allo studio del paziente/soggetto in ottemperanza alle disposizioni vigenti, alle norme di Buona Pratica Clinica ed ai principi della Dichiarazione di Helsinki e successive integrazioni e confermo di aver informato il soggetto secondo i contenuti prescritti dalle normative e secondo quanto stabilito nel protocollo sperimentale.

Nome e Cognome di chi ha informato la persona _____

Data _____ Firma di chi ha informato la persona _____