

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Dichiaro di:

- aver ottenuto informazioni chiare ed esaurienti sulle finalità e procedure dello studio
- aver compreso scopi e modalità dello studio
- essere consapevole che la scelta di partecipare è volontaria e che posso spontaneamente ritirarla in qualunque momento, senza dover fornire giustificazioni, e senza che il ritiro comporti alcuna conseguenza negativa
- acconsentire /  NON acconsentire la mia partecipazione allo studio

Cognome e nome della persona affetta da LGS \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Indica il centro di cura dove è stata effettuata la diagnosi \_\_\_\_\_

Data |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma del partecipante \_\_\_\_\_

### 1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

dichiaro di:

- aver appreso che i dati saranno trattati unicamente in forma aggregata e dai responsabili del loro trattamento e della loro conservazione presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna
- autorizzare /  NON autorizzare il trattamento dei dati personali (d.lgs 196/2003) per soli scopi di ricerca

Data |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma del partecipante \_\_\_\_\_