DIRETTORE f.f.: Dott. Ernesto Margherini
Via delle Puglie, 1 Cap. 82100 Benevento
Telefono 0824 359534
Mail: dipendenzepatologiche.b1@aslbenevento.it
Pec: dipendenzepatologiche.b1@ pec.aslbenevento.it

D. SEZIONE ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER IL/I GENITORE/I O TUTORE LEGALE DEL MINORE

Nome del minore, luogo e data di nascita: _____
Titolo della sperimentazione: "Un-Gamble!" - Progetto di ricerca sul gioco d'azzardo tra i teenegers.
Versione e data: 2.1.5 del 16.12.2024
Promotore della sperimentazione/sponsor/ente finanziatore: ASL BN
Sperimentatore Principale: Dott. Ernesto Margherini

Io sottoscritta _____

nata a _____

il _____/_____/_____

in qualità di madre/ tutore legale del minore citato in epigrafe;

Io sottoscritto _____

nato a _____

il _____/_____/_____

in qualità di padre/ tutore legale del minore citato in epigrafe;

DICHIARIAMO/DICHIARO

- di aver ricevuto dal Dottor Ernesto Margherini esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in oggetto, secondo quanto riportato nella sezione informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data alle ore _____(*indicare data e ora della consegna*);
- che ci/mi sono stati chiaramente spiegati ed abbiamo compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le modalità di trattamento alternativo rispetto alla ricerca proposta;
- di aver avuto l'opportunità di porre qualsivoglia domanda allo sperimentatore dello studio e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto il tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute;
- di avere avuto il tempo sufficiente per discuterne con terzi;
- di essere stati/o informati/o che il protocollo della ricerca e tutti i moduli utilizzati hanno avuto il parere favorevole del Comitato Etico competente;
- di essere consapevoli/e che la ricerca potrà essere interrotta in ogni momento, per decisione

del responsabile della ricerca;

- di essere stati/o informati/o che verremo/sarò messi/o al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la sicurezza della ricerca e che, per ogni problema o per ulteriori domande, potremo/potrò rivolgermi agli operatori del progetto;
- di essere stati/o informati/o che i risultati saranno resi noti alla comunità scientifica, tutelando l'identità di vostro figlio / a / il minore secondo la normativa vigente sulla privacy;
- di essere consapevoli/e che qualsiasi scelta espressa in questo modulo di consenso potrà essere revocata in qualsiasi momento e senza alcuna giustificazione;
- di aver ricevuto una copia del presente modulo di consenso.

Dichiariamo/Dichiaro pertanto di volere che nostro figlio / a / il minore partecipi alla ricerca

_____ /	_____ /	_____ /	_____
Nomeper esteso della madre	Data	Ora	Firma
_____ /	_____ /	_____ /	_____
Nomeper esteso del padre	Data	Ora	Firma
_____ /	_____ /	_____ /	_____
Nomeper esteso del rappresentante legale	Data	Ora	Firma