

## **ALLEGATO 4**

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (schema)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ (CAP: \_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
autorizzo il Direttore della U.O. di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_, o un  
Medico da lui delegato, all'utilizzo dei miei dati clinici ai fini della partecipazione al Progetto della  
Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV) su  
"ISCHEMIA CRONICA CRITICA DEGLI ARTI INFERIORI NON RIVASCOLARIZZABILE"  
Progetto **SIAPAV-CLINOREV**

Sono stato adeguatamente informato

- che gli obiettivi del Progetto riguardano la valutazione del "peso" della patologia in studio nella assistenza ospedaliera italiana, la valutazione dell'incidenza dei principali outcome e la valutazione delle strategie di management utilizzate,

e rassicurato

- che i dati clinici saranno inseriti in un Registro Nazionale Informatico Online completi di tutti i dati anagrafici, i quali vengono utilizzati al solo scopo di evitare errori da omonimia,

- che i dati anagrafici non saranno visibili sul registro se non da parte delle persone cui sto dando il mio consenso,

- che i dati clinici saranno trattati in forma anonima,

- che in nessun modo sarà possibile risalire alla mia persona ed al mio stato di salute attuale, passato o futuro

- che la partecipazione al Progetto non comporta per i Medici che mi curano il ricorso di strategie terapeutiche diverse da quelle che secondo scienza e coscienza richiede la patologia da cui sono affetto

Data

In fede

\_\_\_\_\_