



PROGETTO "RicavaciVITA": Rischio CardioVascolare Associato alla Circonferenza VITA
Consenso informato: Programma Regionale di Prevenzione Precoce dell'Obesità e del Rischio Cardiovascolare nei bambini

CONSENSO INFORMATO

Confermo di essere stato informato che questo studio, promosso dall'Università degli Studi di Chieti, ha come obiettivo quello di ottenere una panoramica dello stato attuale dell'obesità in età pediatrica in Abruzzo, in un protocollo di sorveglianza clinico/diagnostica mirato alla prevenzione dello sviluppo di obesità e delle sue complicanze e della malattia cardio-vascolare in età pediatrica.

Sono altresì a conoscenza del fatto che i risultati di questa ricerca potrebbero essere rilevanti per mio figlio ai fini della partecipazione.

Mi è stata spiegata la modalità di iniziale valutazione clinico-auxologica e indici di rischio cardiovascolare a cui mio figlio sarà sottoposto e il successivo eventuale approfondimento laboratoristico in caso di sovrappeso/obesità.

Mi sono stati illustrati i programmi di intervento con sessioni di insegnamento di attività fisica attraverso lezioni gratuite.

Io sottoscritto/a _____

Padre/madre del bambino _____

Nato/a a (dati del bambino/a): _____ (Prov. _____), il ____/____/____

DICHIARO di essere stato informato dei contenuti e delle finalità del Progetto di Ricerca proposto per mio figlio/a.

Sono a conoscenza di essere libero di interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento e di poter esercitare i diritti sul trattamento, per motivi legittimi, come spiegato nell'informativa allegata.

Pertanto:

☐ ACCONSENTO	☐ NON acconsento	- alla esecuzione a mio figlio della visita auxologica, alla partecipazione programmi di intervento attraverso sessioni di insegnamento e sessioni di attività fisica presso la scuola primaria o presso le strutture del campus universitario; - alla raccolta, al trattamento e alla conservazione dei dati così ottenuti;
☐ acconsento ad eccezione di: (scrivere nel box eventuali componenti del programma a cui non si desidera fornire il consenso)		-

DICHIARO inoltre di:

☐ voler essere informato degli eventuali risultati ottenuti o di nuove possibilità diagnostiche derivanti da tali studi o ricerche

Data: _____ Firma: _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: _____

**DA CONSEGNARE INSIEME ALL'INFORMATIVA PRIVACY
E ALLA COPIA FRONTE / RETRO DEL TUO DOCUMENTO**