

CONSENSO INFORMATO ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI CLINICHE, ISTOLOGICHE E DATI ANONIMIZZATI A SCOPO SCIENTIFICO-DIDATTICO

Io sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: __ / __ / ____

Codice fiscale: _____

paziente in cura presso il reparto/ambulatorio di dermatologia,
acconsento alla raccolta e all'utilizzo delle seguenti informazioni relative alla mia persona e
alla mia condizione clinica:

- Immagini cliniche dermatologiche della lesione cutanea in esame;
- Immagini istologiche eventualmente derivanti da esame biptico;
- Notizie cliniche essenziali e rilevanti ai fini della documentazione scientifica (ad es. età, sesso, localizzazione della lesione, decorso clinico, terapie effettuate), comunque trattate in forma anonima, senza possibilità di identificazione personale.

L'utilizzo del materiale sopra indicato è esclusivamente destinato alla pubblicazione su atlanti dermatologici e/o su strumenti di divulgazione scientifica della SIAAIC, sia in formato cartaceo che digitale, a fini scientifici, didattici e informativi, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR e D.lgs. 196/2003 e s.m.i.).

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile circa:

- le finalità della pubblicazione del materiale;
- le modalità con cui le informazioni verranno rese anonime e non riconducibili alla mia identità;
- la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza che questo comporti alcuna conseguenza sulla mia assistenza sanitaria.

Firma del paziente (o del tutore legale se minorenne/incapace):

Data: __ / __ / ____

Firma del medico:

Nome e Cognome del medico: _____

Qualifica e struttura di appartenenza: _____