***Università degli Studi di Verona***

***Dipartimento di …***

**Per soggetti minorenni**

**CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE MINORI DI ETA’AL PROGETTO DI RICERCA**

*(titolo del progetto)*

Io sottoscritto/a *(nome e cognome di un genitore o del tutore*) ………………………….

nato/a …. il…

Io sottoscritto/a *(nome e cognome dell’altro genitore*) ………………………….

nato/a …. il…

dichiaro:

* di aver preso visione del foglio informativo concernente lo studio;
* che i contenuti dello studio mi sono stati illustrati in maniera chiara e dettagliata da … (*nome del responsabile scientifico*);
* che ho avuto modo di esporre le mie considerazioni e di chiedere ulteriori precisazioni, nonché di avere il tempo necessario per prendere una decisione spontanea, ponderata e non sollecitata.

Pertanto, sono consapevole:

* delle attività previste e delle modalità di adesione;
* che la partecipazione alla ricerca di mio figlio è volontaria e che ho la facoltà di ritirare il consenso in qualsiasi momento;
* che, secondo il rispetto della normativa vigente, i dati raccolti saranno utilizzati soltanto per gli scopi della ricerca scientifica.

Ciò premesso do il mio consenso alla partecipazione di mio figlio/a … (*nome e cognome del minore)* nato/a a…il…. allo studio proposto.

Data, ……………………

Firma ……………………………………………………………………………….

Firma ………………………………………………………………………………

**AVVERTENZA**

Si ricorda che nel caso di minori, ai sensi della normativa vigente, il consenso alla sperimentazione deve essere espresso: da entrambi i genitori, se entrambi viventi e titolari della responsabilità genitoriale sul figlio; da un solo genitore, nel caso in cui l’altro sia deceduto o sia privo della responsabilità genitoriale sul figlio; dal tutore, se il minore si trova sottoposto a tutela.