

CONSENSO INFORMATO
AI FINI DI
RICERCA/SPERIMENTAZIONE PSICOLOGICA

Il sottoscritto dott. _____, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Piemonte in data ___/___/___ n.____, fornisce la seguente informativa:

- Il sottoscritto è _____ (informazioni relative allo status scientifico e professionale del ricercatore) ed opera presso/è stato incaricato di effettuare la ricerca/studio/sperimentazione oggetto del presente consenso da _____ (indicare eventuale Istituzione di appartenenza);
- La ricerca/studio/sperimentazione, per la quale si richiede la Sua collaborazione e disponibilità, si propone di _____ (specificare gli obiettivi della ricerca/studio/sperimentazione);
- La ricerca/studio/sperimentazione, qualora Lei decida di partecipare, si articola in/avrà la durata di _____ (indicare se si svolgerà in unica sessione od in più sessioni) e prevede quanto segue: _____ (specificare analiticamente le modalità di svolgimento della ricerca/studio/sperimentazione, specificando, ad esempio, se si prevede la somministrazione di test e, in caso affermativo, di quale tipo).
- La ricerca/studio/sperimentazione prevede/non prevede l'utilizzo di sistemi di audio - video registrazione.
- Durante o dopo lo svolgimento della ricerca/studio/sperimentazione di cui sopra potrebbero insorgere i seguenti disturbi: _____ (indicare i possibili disturbi, lievi o temporanei, immediati o differiti nel tempo, di natura fisica o psicologica, che potrebbero derivare dalla sottoposizione del soggetto alla ricerca/studio/sperimentazione: ad es. segnalare se è prevedibile l'insorgenza di stimoli anche minimamente dolorosi, stati di disagio, etc.);

- La Sua adesione al programma della ricerca/studio/sperimentazione è completamente volontaria. Lei ha pertanto la piena libertà di concedere o di rifiutare il consenso, ovvero di ritirare in qualunque momento il consenso già prestato.
- Il rifiuto od il ritiro del consenso prestato non potrà in nessun caso arrecarLe pregiudizio.
- Ai sensi dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, è garantito il Suo diritto alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato. I dati raccolti saranno, quindi, presentati e diffusi in sedi scientifiche od altre sedi in forma rigorosamente anonima.

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ___/___/____, si invita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig/La Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista dr. _____ e pertanto, con piena consapevolezza, decide di partecipare alla ricerca/studio/sperimentazione come sopra descritta, accentandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

In fede

Luogo e data

Firma

Nel caso in cui il soggetto sperimentale sia un minore:

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____,
genitori del minore _____, letto attentamente quanto riportato
nella presente informativa, dichiarano di aver compreso quanto spiegato dal professionista
dr. _____ e quanto sopra riportato e pertanto, con piena
consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il
minore partecipi alla ricerca/studio/sperimentazione come sopra descritta, accentandone i
rischi connessi, parimenti sopra descritti.

In fede

Luogo e data

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)

Nel caso di minore in grado di comprendere la richiesta di collaborazione, oltre al
consenso dei genitori, dovrà essere acquisito anche il consenso dello stesso:

Il minore _____ letto attentamente quanto riportato nella
presente informativa, dichiara di aver compreso quanto spiegato dal professionista
dr. _____ e quanto sopra riportato e pertanto, con piena
consapevolezza, presta il suo consenso a partecipare alla ricerca/studio/sperimentazione
come sopra descritta, accentandone i rischi connessi, parimenti sopra descritti.

In fede

Luogo e data

Firma del minore _____