

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Titolo dello Studio: Impatto del fattore uterino sugli outcome riproduttivi nei percorsi di fecondazione in vitro omologa ed eterologa: studio retrospettivo osservazionale

Codice / Numero del protocollo: N/A

Numero EudraCT: N/A

Promotore: Clinica Valle Giulia, reparto Genera, Roma

La/il Sottoscritta/o:

1	Conferma di aver letto e compreso quanto esposto nel foglio informativo versione 2 del 01.09.2026 e di aver avuto l'opportunità di porre domande, ricevendo risposte soddisfacenti, nonché di aver avuto abbastanza tempo per prendere la propria decisione.	☐
2	Dichiara di aver compreso che la propria partecipazione è volontaria e che ciascuno è libera/o di ritirarsi in qualsiasi momento, senza dover fornire alcuna spiegazione e che, in caso di ritiro, ciò non pregiudicherà le cure e le attenzioni future da parte del medico.	☐
3	È consapevole che i propri dati clinici possono essere visionati da personale autorizzato dal Promotore e dai suoi delegati, così come dagli Enti Regolatori, e acconsente affinché queste persone possano accedere ai propri dati rilevanti per questo studio.	☐
4	Conferma di voler partecipare allo studio proposto.	☐
5	Conferma di aver ricevuto copia del foglio informativo e copia di questo modulo di consenso informato debitamente firmato.	☐

Nome e cognome della Paziente (se abile)	Firma	Data
Nome e cognome del Paziente (se abile)	Firma	Data
Nome e cognome del Rappresentante Legale (se applicabile)	Firma	Data
Nome e Cognome del Testimone imparziale (se applicabile)	Firma	Data
Nome e cognome di chi somministra il consenso	Firma	Data