



**DIPARTIMENTO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI,
DISMETABOLICHE E DELL'INVECCHIAMENTO**

VIALE REGINA ELENA 299 - 00161 ROMA
TEL. 0649904228/4233 – FAX 0649904227

Health Literacy Population Survey 2020

Studio trasversale per la valutazione della alfabetizzazione sanitaria in Italia 2020

Modulo di consenso informato

Sezione A. Consenso per l'adesione allo Studio

Acquisite le informazioni riportate nella "Nota informativa", di cui ho ricevuto il link per prenderne visione con una mail/SMS di invito,

DICHIARO DI

- aver letto e compreso la Nota informativa;
- aver ricevuto tutte le informazioni, in forma chiara ed esauriente, circa le finalità e le procedure dell'indagine sul livello di alfabetizzazione sanitaria della popolazione;
- di essere stato informato ed accettare che i risultati dell'indagine e delle analisi previste dal protocollo vengano archiviate su supporto magnetico, ed **utilizzate in forma codificata anche a fini di studio e di ricerca**;
- di essere stato informato che i dati ricavati dallo studio verranno **pubblicati in forma aggregata** e quindi completamente anonima, esclusivamente per fini di ricerca;
- di essere stato informato che i dati ricavati dallo studio potranno essere utilizzati, in forma anonima, per la partecipazione all'Action Network europeo Measuring Population and Organizational Health Literacy – M-POHL ed altri Studi internazionali;
- di essere stato informato che il presente Studio ha ottenuto il **parere favorevole del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità**;
- di essere consapevole che la **mia partecipazione è volontaria e che posso spontaneamente ritirarmi** in qualunque momento dell'intervista senza dover fornire giustificazione, avendo ricevuto la assicurazione che né il rifiuto alla partecipazione, né l'eventuale ritiro della adesione, comporteranno per me alcuna conseguenza sui controlli clinici futuri;
- di aver ricevuto garanzia che per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al responsabile scientifico dello studio o a persona da lui designata.

Dichiaro di voler partecipare allo Studio in oggetto, avendo approvato tutti i punti sopra indicati e, acquisite le informazioni sul trattamento dei dati personali riportate nella 'Nota Informativa' secondo le disposizioni di cui al Regolamento Europeo 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), autorizzo il trattamento dei miei dati personali per lo Studio in oggetto

| SI | (AVANTI)

| NO |

Il Responsabile dell'Indagine

Dr. LUIGI PALMIERI

Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-metaboliche e Invecchiamento
Istituto Superiore di Sanità-ISS
Roma