



Vats Group

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Fondatore e Presidente Onorario

R. Crisci (L'Aquila-Teramo)

### Responsabile Scientifico

C. Curcio (Napoli)

### Coordinatori Scientifici

D. Amore (Napoli)  
A. Bertani (Palermo)  
A. Gonfiotti (Firenze)

### Referenti di Area

#### *Nord Italia*

A. Morelli (Udine)

#### *Centro Italia*

L. Voltolini (Firenze)

#### *Sud Italia*

M. Turchini (S. G. Rotondo)

### Referente Biostatistico

L. Bertolaccini (Ravenna)

### Referente Progetto ERAS

A. Droghetti (Mantova)

### Comitato Scientifico

S. Nicotra (Padova)  
D. Tosi (Milano)  
A. Rinaldo (Milano)  
C. Andreotti (Roma)  
P. Campese (Chieti)  
L. Andriolo (Lecce)  
D. Divisi (Teramo)  
F. P. Caronia (Palermo)

### Comitato di Accesso

A. Morelli (Udine)  
L. Voltolini (Firenze)  
M. Turchini (S. G. Rotondo)

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra: \_\_\_\_\_

nato/a il: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Sono stato informato in maniera esauriente e con termini a me comprensibili del significato, delle modalità, dei rischi, degli effetti collaterali e delle alternative possibili circa il seguente intervento chirurgico:

\_\_\_\_\_

a me proposto per la terapia della seguente patologia della quale sono affetto/a:

\_\_\_\_\_

**Acconsento**, inoltre, che i miei dati clinici vengano raccolti dai sanitari del

Reparto di: \_\_\_\_\_

dell'Ospedale \_\_\_\_\_

in maniera **anonima** e nel rispetto della legge sulla privacy\* in un database Istituzionale e possano essere inseriti nel Database Italiano delle VATS Lobectomy e utilizzati a scopo di ricerca e studio.

\*Con la firma in calce esprimo anche il mio consenso al trattamento dei dati personali in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e autorizzo l'uso delle fotografie per scopo dimostrativo o congressuale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_