# Registro Clinico Italiano delle Metastasi Polmonari

**Comitato Scientifico**

**Coordinatore Comitato Scientifico:**
Dott.Andrea Droghetti (Mantova)

**Vice - Coordinatore Comitato Scientifico:**
Dott.Pier Luigi Filosso (Torino)

**Segretario e referente di area sud-isole:**
Dott.ssa Angela De Palma (Bari)

**Referente di area nord-ovest & Responsabile Implementazione Sito Web:**
Dott.ssa.Lidia Libretti (Milano)

**Referente di area nord-est:**
Dott.Stefano Sanna (Forlì)

**Referente di area centro:**
Dott.ssa Maria Letizia Vita (Roma)

**Supervisore Scientifico Registro:**
Prof.Ugo Pastorino (Milano)

Dott.Marcello Carlo Ambrogi (Pisa)

Dott.Alessandro Bandiera (Milano)

Dott.Giuseppe Cardillo (Roma)

Dott.Christian Casali (Modena)

Dott. Niccolò Daddi (Perugia)

Dott.Sergio Nicola Forti Parri (Bologna)

Dott. Gianluca Guggino (Napoli)

Dott.Luca Luzzi (Siena)

Dott.Giuseppe Marulli (Padova)

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig./Sig.ra:

nato il: residente a : prov:

Telefono: Cellulare:

Medico curante: Telefono:

Oncologo: Telefono:

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

propostomi per la terapia della seguente patologia dalla quale sono affetto:

Acconsento, inoltre, che i miei dati clinici vengano raccolti dai sanitari del Reparto di: in maniera anonima e nel rispetto della legge sulla privacy* in un database Istituzionale e possano essere inseriti nel Registro Clinico Italiano delle Metastasi Polmonari 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 .....

SEDE: **Azienda Ospedaliera Carlo Poma**
c/o Struttura Complessa di Chirurgia Toracica
Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova
Tel: 0376/201958
Segr. e Fax. 0376/201959
Fax: 0376/201769

info@recimp.it

www.ReCIMP.it