



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

**Direzione Ricerca,
Innovazione e Internazionalizzazione**

Prot. n.*

**n. e data della registrazione di protocollo riportati nei metadati del
sistema di protocollo informatico Titulus**

Al Prof. Ilario Ferrocino
Dipartimento di Scienze Agrarie,
Forestali ed Alimentari
Largo Braccini, 2
Grugliasco (Torino)

Oggetto: Parere progetto

Si comunica che in data 17 giugno 2024 il Comitato di Bioetica d'Ateneo ha espresso parere favorevole per il progetto di ricerca dal titolo: "ALIMENTI FUNZIONALIZZATI ARRICCHITI CON PROTEINE DI GRILLO E PROTEINE DI ORIGINE VEGETALE (NOODLE)".

Cordiali saluti

(Segreteria Comitato di Bioetica d'Ateneo)

Cesarina Marretta



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

Dipartimento
Scienze Agrarie,
Forestali e Alimentari

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Titolo della ricerca:

AlimeNti funzionalizzati arricchiti cOn prOteine Di grilLo e proteine di origine
vegEtale (NOODLE)

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ indirizzo _____

telefono _____ email _____

dichiaro

- ✓ di non avere patologie acute o croniche che richiedano specifici trattamenti farmacologici o restrizioni dietetiche e di non avere allergia o intolleranze all'alimento da testare;
- ✓ di partecipare volontariamente allo studio;
- ✓ di aver ricevuto dal Prof. Ilario Ferrocino o dai suoi collaboratori esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca, in particolare sulle finalità e procedure;
- ✓ di aver avuto a disposizione tempo sufficiente per poter leggere attentamente, comprendere ed eventualmente farmi spiegare quanto contenuto nella scheda informativa allegata e da me sottoscritta per presa visione, e che conferma quanto mi è stato spiegato a voce, in particolare che la sperimentazione sarà condotta nel rispetto dei codici etici internazionali;
- ✓ di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver avuto risposte soddisfacenti su tutta la sperimentazione ed in particolare sulle possibili alternative diagnostiche e terapeutiche e sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;
- ✓ di essere stato informato sui possibili rischi o disagi ragionevolmente prevedibili;
- ✓ di acconsentire che il medico responsabile informi il mio medico di famiglia;



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Scienze Agrarie Forestali e Alimentari
L.go Braccini 2 – I-10095 GRUGLIASCO
Tel (011) 670 8847



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

- ✓ di acconsentire che i monitor, audit, autorità regolatorie nazionali ed estere abbiano accesso diretto alla mia documentazione clinica ai fini di monitoraggio e verifica;
- ✓ di essere consapevole che la partecipazione è volontaria, con l'assicurazione che il rifiuto a partecipare non influirà nel ricevere il trattamento più idoneo;
- ✓ che potrò ritirarmi dalla sperimentazione già iniziata in qualsiasi momento, senza conseguenze negative nel ricevere il trattamento più idoneo e senza l'obbligo da parte mia di motivarne la decisione, a meno che la stessa non derivi dalla comparsa di disturbi o effetti indesiderati e/o non previsti, nel qual caso mi impegno fin da ora a comunicarne tempestivamente agli sperimentatori natura ed entità;
- ✓ che i dati clinici resteranno strettamente riservati e saranno utilizzati con le finalità indicate nello studio (GDPR, Reg.UE n. 2016/679, D. Lgs. n. 101/2018 e come da Linee Guida del Garante per il trattamento dei dati personali nell'ambito delle sperimentazioni cliniche di medicinali (G.U. 190 del 14/08/2008) e come da ogni altra prescrizione/autorizzazione del Garante stesso);
- ✓ che sarò informato di eventuali nuovi dati che possano influenzare i rischi o i benefici, oppure di variazioni di protocollo che possano influenzarli;
- ✓ di essere stato informato che è mio diritto avere accesso alla documentazione che mi riguarda e alla valutazione espressa dal Comitato Etico cui potrò rivolgermi se lo terrò opportuno
- ✓ che una copia del consenso informato e della documentazione di cui ho preso visione rimarrà in mio possesso; che per ogni problema o per eventuali ulteriori informazioni potrò rivolgermi al Medico Sperimentatore:

Prof. Ilario Ferrocino
DISAFA - Microbiology and food technology sector.
Università degli Studi di Torino.
Recapito telefonico: 011-6708847
e-mail: studiomicrobiota2020@gmail.com



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

ACCONSENTO

**LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA ALLO
STUDIO PROPOSTOMI**

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente
consenso in qualsiasi momento prima dell'avvio della sperimentazione.

Data _____ Ora inizio colloquio _____ Ora fine
colloquio _____

Eventuali testimoni presenti (nome, cognome, firma): _____

Firma del partecipante _____

Firma dello sperimentatore _____

oppure

<i>NON ACCONSENTO</i>

**LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA ALLO
STUDIO PROPOSTOMI**

Data _____ Ora inizio colloquio _____ Ora fine
colloquio _____

Eventuali testimoni presenti (nome, cognome, firma): _____

Firma del partecipante _____

Firma dello sperimentatore _____

DICHIARAZIONE DELL'INCARICATO DELLA SPERIMENTAZIONE.

Io sottoscritto....., confermo ed attesto, in
modo consensuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa a mio
avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data.....,



UNIVERSITÀ
DI TORINO

luogo ed ora.....

In fede.....