



**Direzione Ricerca,  
Innovazione e Internazionalizzazione**

**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

**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



Dipartimento  
Scienze Agrarie,  
Forestali e Alimentari

**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

## **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](mailto:studiomicrobiota2020@gmail.com)



**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

**ACCONSENTO**

LIBERAMENTE, SPONTANEALEMENTE 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

***NON ACCONSENTO***

LIBERAMENTE, SPONTANEALEMENTE 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.....