

Insert Council Logo

## **I suoi servizi di assistenza sociale e di sostegno**

**MODULO PER IL CONSENSO**

Modulo per il consenso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le informazioni raccolte da questo sondaggio saranno usate per:

* Verificare il livello di soddisfazione degli utenti per quanto riguarda i servizi di assistenza e sostegno.
* Valutare le esperienze degli utenti con i servizi di assistenza locale.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Comprendo che: | | **Sì** | **No** |
| Posso cambiare idea e ritirare il mio consenso in qualsiasi momento. | |  |  |
| Se decido di non partecipare, il mio rifiuto non influenzerà l’assistenza che ricevo attualmente. | |  |  |
| Tutte le informazioni raccolte saranno trattate in maniera confidenziale. Questo principio verrà meno solamente qualora io indicassi che la mia salute e la mia sicurezza siano in pericolo o che stia riscontrando gravi problemi con un aspetto qualsiasi dell’assistenza che ricevo. | |  |  |
| Il mio nome non verrà mai usato in nessun documento scritto relativo allo studio. |  |  |
| Posso chiedere di vedere o di farmi leggere cosa è stato registrato sul modulo del questionario prima che sia utilizzato. | |  |  |
| Se la persona che conduce l’intervista è preoccupata per la mia salute e la mia sicurezza, ne discuterà con me prima di procedere con l’intervista. | |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  Quest’intervista verrà registrata. | |  |  |
| Confermo di aver ricevuto il testo dell’intervista (04/09/2025) e di averne compreso i contenuti | |  |  |
| Accetto di prendere parte a questo sondaggio | |  |  |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se qualcun altro firma per conto della persona che ha risposto al sondaggio, si prega di inserire i dati qui di seguito:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relazione con la persona citata sul modulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome dell’intervistatore/intervistatrice che ottiene il consenso:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapito per il sondaggio:**

[Contact name, email address, postal address and phone number]