



## **FOGLIO INFORMATIVO PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ELENCO DEI VOLONTARI DEL CENTRO RICERCHE CLINICHE**

Per entrare a far parte dell'Elenco dei Volontari del Centro Ricerche Cliniche di Verona Srl (CRC), ai fini di una Sua eventuale futura partecipazione a uno studio clinico, è necessario il Suo consenso informato: il rifiuto al consenso non Le consentirà di farne parte.

La invitiamo, pertanto, a prendere attenta visione del presente foglio informativo e ad esprimere il Suo libero consenso informato firmando e datando le dichiarazioni ivi presenti. Il documento firmato sarà trattenuto e archiviato al CRC. Una copia sarà disponibile per Lei.

### **Verifiche preliminari per l'inserimento nell'Elenco dei Volontari**

Per essere inserito nell'Elenco dei Volontari Le chiediamo di compilare in tutte le sue parti il questionario allegato, volto ad accertare la Sua condizione psicofisica presente e passata. Il questionario, firmato, datato e corredato dai consensi, dovrà pervenire al CRC.

Il questionario verrà valutato dal medico competente del CRC e in caso di esito positivo La contatteremo ai fini della successiva somministrazione, presso la nostra struttura, del questionario "PAI – Personality Assessment Inventory" (PAI) se Lei ha meno di 65 anni, oppure del questionario "Scala dell'ansia e Scala della depressione" di Zung (di seguito scale di Zung) se Lei ha già compiuto i 65 anni.

L'uno o l'altro test viene somministrato per verificare l'eventuale presenza di elementi in contrasto con il Suo inserimento nell'Elenco dei Volontari del CRC.

Il questionario "PAI" è collaudato e sensibile, solitamente utilizzato per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e l'eventuale presenza di disturbi della stessa. È composto da 344 frasi a cui Le sarà chiesto di rispondere con "falso, per niente vero", "poco vero", "quasi vero" o "assolutamente vero". Il tempo di compilazione si aggira mediamente sui 50 minuti. Le scale di Zung sono composte da 20 frasi ciascuna, la cui compilazione richiede circa 10 minuti.

Uno psicologo nostro consulente, vincolato al segreto professionale, valuterà i risultati del test compilato per esprimere un parere sul Suo inserimento. Prima di fornire tale parere, lo psicologo potrebbe invitarLa ad un colloquio di verifica. Nel caso Lei si rifiutasse di partecipare a tale colloquio, non sarà possibile considerarla idoneo/a all'inserimento nell'Elenco dei Volontari. Su Sua richiesta, Lei potrà ricevere in forma scritta i risultati della valutazione.

I risultati del questionario "PAI" hanno una validità che può variare dai sei mesi ai tre anni; le scale di Zung hanno una validità di un anno. Una volta superato il tempo di validità, il questionario dovrà essere ripetuto prima di partecipare a uno studio clinico.

L'inserimento nell'Elenco dei Volontari non prevede alcun vantaggio economico.

### **Modalità di richiesta di partecipazione ad uno Studio clinico**

Una volta inserito nell'Elenco dei Volontari, il CRC utilizzerà i dati raccolti per valutare una Sua eventuale partecipazione ad uno studio clinico, in accordo ai requisiti dello studio stesso.

Di volta in volta Lei potrà decidere se accettare o rifiutare la proposta del CRC a partecipare a uno studio clinico, senza che questo comporti una Sua cancellazione dall'Elenco dei Volontari.

Nel caso di una Sua partecipazione ad uno studio clinico, Le sarà dovuta un'indennità in relazione al tempo prestato e ad eventuali disagi a cui potrà andare incontro.

### **Interruzione della partecipazione all'Elenco dei Volontari**

Lei potrà interrompere la Sua partecipazione all'Elenco dei Volontari in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione, dandone comunicazione per iscritto al personale del CRC attraverso la casella di posta elettronica: [volontari@crc.vr.it](mailto:volontari@crc.vr.it).



A partire da tale richiesta, i Suoi dati non saranno più raccolti o aggiornati e Lei non sarà più contattato/a.

Per quanto riguarda gli aspetti correlati al trattamento dei Suoi dati personali si rinvia alla successiva Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR.

## **FOGLIO INFORMATIVO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE**

In ottemperanza alle disposizioni dell'art. 13 RGDP<sup>1</sup> e del D.L. 196/2003<sup>2</sup> come modificato dal D.L. 101/2018<sup>3</sup>, ai fini dell'inserimento nell'Elenco Volontari del Centro Ricerche Cliniche di Verona Srl, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali Le rendiamo la presente informativa.

### **Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati è il Centro Ricerche Cliniche di Verona S.r.l., Piazzale L. A. Scuro 10, 37134, Verona. In caso di dubbi o necessità di chiarimenti sul trattamento dei dati, Lei potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) scrivendo all'indirizzo di posta elettronica: [privacy@crc.vr.it](mailto:privacy@crc.vr.it).

### **Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)**

Avv. Piergiovanni Cervato, [privacy@crc.vr.it](mailto:privacy@crc.vr.it)

### **Tipologia di dati trattati**

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali comuni quali, a titolo esemplificativo, dati anagrafici, identificativi, di fatturazione e simili, nonché dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR quali quelli sul Suo stato di salute sia fisico che mentale nei limiti in cui ciò sia reso necessario ai fini della valutazione in merito alla partecipazione ad uno studio clinico ovvero ai fini dello svolgimento dello stesso.

I dati provengono direttamente da Lei in quanto Interessato, ovvero in alcuni casi potrebbero provenire da fonti esterne al Titolare, quali ad esempio da soggetti di cui si avvale il Titolare per lo svolgimento di esami e prestazioni simili.

### **Finalità del trattamento**

Il trattamento è finalizzato alla valutazione dei requisiti ai fini del Suo inserimento nell'Elenco Volontari del Centro Ricerche Cliniche di Verona S.r.l.

Il trattamento dei Suoi dati è altresì finalizzato alla Sua partecipazione ad uno studio clinico ritenuto idoneo alle Sue caratteristiche. Le caratteristiche e le modalità di svolgimento del singolo studio clinico per cui Lei verrà selezionato verranno esplicate di volta in volta dal Titolare con separata documentazione.

Il trattamento è inoltre volto al perseguimento di scopi statistici e di ricerca scientifica.

### **Modalità del trattamento dei dati**

I Suoi dati personali e appartenenti a categorie particolari sono raccolti ed archiviati, sia in forma cartacea che elettronica, presso il Titolare.

### **Base giuridica del trattamento**

Il trattamento ha come base legale il Suo consenso liberamente ed espressamente prestato attraverso la firma della presente informativa.

### **Obbligatorietà del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto**

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento delle finalità indicate. Il rifiuto al trattamento dei Suoi dati pertanto determinerà l'impossibilità per il Titolare di inserirLa nell'Elenco dei Volontari e quindi di rendere possibile una Sua partecipazione ad un eventuale studio clinico.

### **Eventuali destinatari di dati personali**

I Suoi dati possono essere comunicati, ai fini della valutazione dei requisiti per il Suo inserimento nell'Elenco e per la Sua partecipazione ad un eventuale studio clinico, ai seguenti soggetti:

- personale interno del Titolare, appositamente incaricato del trattamento.



I Suoi dati saranno disponibili presso il Centro al personale autorizzato del CRC e a terze parti autorizzate. La informiamo inoltre che l'accesso alla Sua documentazione originale può essere richiesto dalle Autorità Regolatorie.

### **Periodo di conservazione**

I dati personali, anche particolari, necessari e rilevanti per i fini di archiviazione nel pubblico interesse e ricerca scientifica verranno conservati a tempo indeterminato.

Nel caso in cui Lei non venga ritenuto idoneo all'inserimento nell'Elenco dei Volontari, i Suoi dati personali, anche particolari, necessari e rilevanti ai fini dell'identificazione del motivo per cui non Lei non è stato ritenuto idoneo, verranno conservati a tempo indeterminato.

Nel caso in cui Lei partecipi ad uno studio clinico la durata i Suoi dati saranno conservati in accordo alla normativa vigente in materia di sperimentazione clinica. In particolare, le cartelle cliniche compilate durante lo svolgimento di tali studi saranno conservate a tempo indeterminato.

### **Diritti dell'Interessato**

La informiamo che ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali. Lei ha altresì il diritto di rettifica, di cancellazione (coi limiti indicati nel Periodo di Conservazione), di limitazione, di ricezione della notifica in caso di rettifica, cancellazione o limitazione, la portabilità, di opposizione e di non essere oggetto di una decisione individuale automatizzata, compresa la profilazione, ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR.

Tali diritti possono essere esercitati nelle forme e nei termini di cui all'art. 12 GDPR, mediante comunicazione scritta inviata al Titolare via e-mail all'indirizzo [privacy@crc.vr.it](mailto:privacy@crc.vr.it).

Il Titolare renderà risposta adeguata al più presto e comunque entro il termine di 1 mese dalla ricezione della richiesta.

### **Diritto di revoca del consenso**

Lei è libero di ritirare il Suo consenso alla partecipazione all'Elenco dei Volontari in qualsiasi momento, senza alcun effetto sui dati già raccolti e senza alcun bisogno di giustificare tale decisione, dandone comunicazione per iscritto al Titolare.

### **Reclamo**

Lei ha diritto di proporre reclamo ai sensi degli artt. 77 e seguenti del GDPR ad un'autorità di controllo, che per lo Stato italiano è individuato nel Garante per la protezione dei dati personali. Le forme, le modalità ed i termini di proposizione delle azioni di reclamo sono previste e disciplinate dalla legislazione nazionale vigente.

Il reclamo fa salve le azioni amministrative e giurisdizionali, che per lo Stato italiano possono proporsi alternativamente al medesimo Garante o al Tribunale competente.



## Dichiarazione di Consenso a Partecipare all'Elenco dei Volontari

Io sottoscritto/a ..... accetto di far parte dell'Elenco dei Volontari del Centro Ricerche Cliniche di Verona S.r.l. (CRC) e in particolare accetto quanto segue:

- che una volta inserito nell'Elenco dei Volontari, il CRC potrà propormi la partecipazione a uno studio: di volta in volta potrò comunque accettare o rifiutare la proposta, senza che questo comporti una mia cancellazione dall'Elenco dei Volontari.
- che il questionario allegato, che ho compilato, è volto ad accertare la mia condizione psicofisica presente e passata.
- che il questionario PAI o le scale di Zung sono somministrati per verificare l'eventuale presenza di elementi in contrasto con il mio inserimento nell'Elenco dei Volontari del CRC.
- che potrei essere invitato a un colloquio di verifica con lo psicologo e che, nel caso rifiutassi, non mi sarà possibile far parte dell'Elenco dei Volontari;
- che la partecipazione all'Elenco dei Volontari non comporta alcun vantaggio economico.

Nome e Cognome (in stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma

data

\_\_\_\_\_

## Dichiarazione di Consenso espresso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto/a ..... dichiara di aver preso visione e compreso l'Informativa privacy resa dal Titolare e, attraverso la sottoscrizione del presente foglio, presta il proprio consenso espresso al trattamento dei Suoi dati personali come sopra indicato.

Nome e Cognome (in stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma

data

\_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO DI ARRUOLAMENTO all'ELENCO DEI VOLONTARI del Centro Ricerche Cliniche di Verona

Si prega gentilmente di compilare accuratamente tutti i campi in scrittura leggibile, possibilmente stampatello maiuscolo.

### DATI ANAGRAFICI

<b>COGNOME</b>			
<b>NOME</b>			
<b>DATA DI NASCITA:</b> ____/____/____ aa      mm      aaaa		<b>SESSO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>LUOGO DI NASCITA (Città/Stato):</b>		<b>NAZIONALITÀ:</b>	
<b>ETNIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bianco:</b> persona nata da abitanti originari dell'Europa, del Medio Oriente, del Nord Africa.		
	<input type="checkbox"/> <b>Nero:</b> persona nata da discendenti delle popolazioni nere dell'Africa.		
	<input type="checkbox"/> <b>Asiatico:</b> persona nata da discendenti delle popolazioni mongoliche e indo-pakistane.		
	<input type="checkbox"/> <b>Ispanico/Latino:</b> persona di origini spagnole (es. cubani, messicani, portoricani, abitanti del Centro e Sud America)		
	<input type="checkbox"/> <b>Indiano Americano:</b> popolazioni autoctone dei continenti americani.		
<input type="checkbox"/> <b>Hawaiano/Pacifico:</b> popolazioni degli arcipelaghi dell'Oceano Pacifico e gli aborigeni dell'Australia.			
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>TITOLO DI STUDIO</b>			
<b>PROFESSIONE</b>			
<b>RESIDENZA</b>	<b>Via/P.zza</b>	<b>No.</b>	
	<b>Città</b>	<b>Provincia</b>	<b>CAP</b>
<b>DOMICILIO</b> (solo se diverso dalla residenza)	<b>Via/P.zza</b>	<b>No.</b>	
	<b>Città</b>	<b>Provincia</b>	<b>CAP</b>
<b>Recapito telefonico CASA:</b>		<b>CELLULARE:</b>	
<b>LAVORO:</b> (facoltativo)		<b>FAX:</b> (facoltativo)	
<b>Indirizzo E-MAIL</b> (è particolarmente utile)			

**DATI del MEDICO CURANTE**

<b>COGNOME</b>			
<b>NOME</b>			
<b>INDIRIZZO AMBULATORIO</b>	Via/P.zza		
Città			CAP
<b>TEL. STUDIO:</b>	<b>ind. E-MAIL:</b>		

**Inserimento nell'Elenco dei volontari**

Come è venuto a conoscenza del CRC?

 Amici       Giornali       Internet       Sito internet CRC       Locandina/cartolina

Altro \_\_\_\_\_

Ha consultato altre fonti di informazione sulle attività del CRC?       Sì       No Internet       direttamente CRC       Medico di Medicina Generale

Altro \_\_\_\_\_

Ha consultato il nostro sito internet [www.crc.vr.it](http://www.crc.vr.it)?       Sì       NoSe sì, ritiene che le informazioni presenti siano esaurienti?       Sì       No

Commenti: \_\_\_\_\_

Ha partecipato a studi clinici presso altri centri in Italia o all'estero?       Sì       No

Quali dei seguenti motivi l'ha portato a contattare il CRC? (indicare massimo 2 risposte)

- curiosità
- desiderio di sentirmi utile
- guadagnare qualche soldo
- avere un controllo gratuito della salute
- vivere esperienze insolite
- conoscere nuove persone



## ABITUDINI DI VITA

ALTEZZA: \_\_\_\_\_ cm      PESO: \_\_\_\_\_ Kg

Quale mano utilizza preferibilmente?      Destra       Sinistra       Entrambe

### FUMO

E' fumatore?     No       Sì ⇒ se sì, indicare se

sigarette     sigari     pipa     sigaretta elettronica     altri dispositivi

indicare l'anno di inizio \_\_\_\_\_

se sigarette, quante al giorno in media nell'ultimo anno \_\_\_\_\_

E' ex-fumatore?  No

Sì      ⇒ indicare se       sigarette     sigari     pipa

indicare l'anno in cui si è sospeso \_\_\_\_\_

indicare l'anno di inizio \_\_\_\_\_

se sigarette, quante al giorno in media \_\_\_\_\_

### ALCOOL

Assume alcolici?  No       Sì      ⇒ se sì indicare la quantità media per settimana.

birra      \_\_\_\_\_ litri

vino      \_\_\_\_\_ litri

superalcolici      \_\_\_\_\_ bicchierini

### XANTINE

Assume tè, caffè, coca-cola?  No

Sì      ⇒ se sì indicare la quantità media per giorno.

tè      \_\_\_\_\_ litri

caffè      \_\_\_\_\_ tazzine

coca-cola      \_\_\_\_\_ litri



### DIETA/ SPORT

Segue una dieta particolare (es. vegetariana, vegana, ebraica, islamica, ecc.)?

No       Sì      ⇒ se sì, specificare gli alimenti esclusi dall'alimentazione

Pratica sport?     No       Sì      ⇒ se sì, specificare QUALI e la FREQUENZA settimanale

### VACCINAZIONI

Ha eseguito vaccinazioni?

No       Sì, quelle previste dalla legge       Epatite B

⇒ alcune particolari (indicare l'anno):

### DONAZIONE DI SANGUE

E' donatore di sangue intero?

No     Sì    ⇒ se sì     abituale     occasionale

Data ultima donazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

E' donatore di plasma?

No     Sì    ⇒ se sì     abituale     occasionale

### PER LE DONNE

E' in menopausa?     Sì     No    ⇒ Data dell'ultimo ciclo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Utilizza contraccettivi ormonali?       No       Sì  
(pillola/anello/cerotto)

Utilizza un dispositivo intra-uterino/spirale?       No       Sì

Usa altre forme di contraccezione?       No       Sì  
(spermicida, profilattico, diaframma, altro)

⇒ se sì, quali?





**ASSUME REGOLARMENTE FARMACI, FITOFARMACI O INTEGRATORI ALIMENTARI?**

No

Sì

(nome del farmaco/fitofarmaco/integratore)

Farmaco

\_\_\_\_\_

Data Inizio

\_\_\_\_\_

Dosaggio e frequenza

\_\_\_\_\_

Motivo dell'assunzione

\_\_\_\_\_

\*\*\*

(nome del farmaco/fitofarmaco/integratore)

Farmaco

\_\_\_\_\_

Data Inizio

\_\_\_\_\_

Dosaggio e frequenza

\_\_\_\_\_

Motivo dell'assunzione

\_\_\_\_\_

\*\*\*

(nome del farmaco/fitofarmaco/integratore)

Farmaco

\_\_\_\_\_

Data Inizio

\_\_\_\_\_

Dosaggio e frequenza

\_\_\_\_\_

Motivo dell'assunzione

\_\_\_\_\_



## STORIA CLINICA

### HA MAI SOFFERTO DI ALCUNI PROBLEMI ai seguenti organi/apparati?

**Se la risposta è sì, specificare il problema, l'anno d'inizio e di fine o se è ancora presente.**

Pressione sanguigna elevata	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____
Pressione sanguigna bassa	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____
Asma, bronchite, polmonite o altri problemi respiratori	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____
Gastrite, ulcera gastrica o duodenale o altri problemi gastrointestinali intestinali	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____
Itterizia (colore giallo della pelle)	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemi a carico della vescica o dei reni (cistiti, calcoli)	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	_____
	<input type="checkbox"/> No	_____



Inflammazioni delle articolazioni o problemi muscolari	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Emicrania o mal di testa ricorrenti	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Svenimenti, convulsioni	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Problemi psichici (depressione, ansia, momenti di "crisi")	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Diabete, ipertiroidismo, ipotiroidismo, altri problemi endocrini	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Anemia, facilità al sanguinamento	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Problemi della pelle (dermatiti, eczemi, psoriasi, lividi, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____
Problemi scheletrici (es. ernia colonna vertebrale, osteoporosi, artrosi)	<input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ <input type="checkbox"/> No _____



---

Operazioni chirurgiche  Sì (specificare) \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

---

Ricoveri ospedalieri  Sì (specificare) \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

---

Incidenti che abbiano richiesto l'ospedalizzazione  Sì (specificare) \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

---

Se sì, indicare:

Allergie a farmaci:  Sì  No

- Data evento: \_\_\_\_\_
- Farmaco responsabile: \_\_\_\_\_
- Reazione: \_\_\_\_\_  
(es. prurito, dolori addominali, diarrea, ecc.)
- Come si è risolto: \_\_\_\_\_  
(es. ricorso a farmaci, ospedalizzazione, ecc.)

---

Se sì, indicare:

Allergie respiratorie:  Sì  No

- Anno inizio: \_\_\_\_\_ Anno fine/ancora presente: \_\_\_\_\_
- Causa: \_\_\_\_\_  
(es. polline, polvere, fieno, pelo di animale, ecc.)
- Reazione: \_\_\_\_\_
- Come si è risolto: \_\_\_\_\_  
(es. ricorso a farmaci, ospedalizzazione, ecc.)

---

Se sì, indicare:

Allergie da alimenti:  Sì  No

- Anno inizio: \_\_\_\_\_ Anno fine/ancora presente: \_\_\_\_\_
- Causa: \_\_\_\_\_  
(es. kiwi, pomodoro, fragole, fave, ecc.)
- Reazione: \_\_\_\_\_
- Come si è risolto: \_\_\_\_\_  
(es. ricorso a farmaci, ospedalizzazione, ecc.)



---

Se sì, indicare:

- Allergie da contatto:  
 Sì  No
- Anno inizio: \_\_\_\_\_ Anno fine/ancora presente: \_\_\_\_\_
  - Causa: \_\_\_\_\_  
(es. nichel, lattice, ecc.)
  - Reazione: \_\_\_\_\_

---

Problemi di qualsiasi altra natura  
che abbiano richiesto con  
frequenza il ricorso ad un medico  Sì  No

---

Ha contratto l'epatite B?  Sì  No

---

Dichiaro che quanto da me affermato nel presente questionario corrisponde a verità.

Firma: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si prega cortesemente di inviare il questionario compilato in tutte le sue parti, datato e firmato a:

**Centro Ricerche Cliniche di Verona srl**

Att. Resp. Reclutamento

Policlinico G.B. Rossi (8° piano)

Piazzale L. A. Scuro, 10

37134 VERONA

Il questionario può essere inviato anche via mail o via fax:

E-MAIL: [volontari@crc.vr.it](mailto:volontari@crc.vr.it)

FAX: 045/8126669



<b>DA COMPILARE A CURA DEL RECRUITER e del MEDICO del CRC</b>	<b>U.N. del volontario</b>  <b>rilasciato dalla banca dati elettronica :</b>  _____
---	---

***Valutazione del questionario***

FIRMA DEL MEDICO del CRC \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

indicare se: necessita chiarimenti  idoneo  non idoneo

note \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dopo eventuali chiarimenti:

Sigla medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ idoneo  non idoneo

Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Comunicazioni al volontario	Data	Sigla
Comunicata idoneità/NON idoneità questionario Panel	___/___/___	
Invito a compilare PAI/Scale di Zung	___/___/___	
Comunicata non idoneità PAI/Scale di Zung dal consulente	___/___/___	
Comunicata inclusione Panel	___/___/___	
Comunicata esclusione Panel	___/___/___	