



**RICHIESTA DI PARERE**

Al Presidente del Comitato Etico della Ricerca  
dell'Università degli Studi di Palermo

OGGETTO: Richiesta di parere.

DATA

TITOLO DELLA RICERCA

PROPONENTE (Responsabile della Ricerca)

DIPARTIMENTO

E-mail

Recapiti telefonici

RUOLO DEL PROPONENTE

☐

Professore Ordinario

☐

Professore Associato

☐

Ricercatore

☐

Assegnista

☐

Dottorando

☐

Contrattista

NOTE: .....

ORGANIZZAZIONE RESPONSABILE / CAPOFILA

FONTE DI FINANZIAMENTO DELLA RICERCA

PROGRAMMA E BANDO DI RIFERIMENTO



**RICHIESTA DI PARERE**

**DURATA DELLA RICERCA**

INIZIO

FINE

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**TIPOLOGIA RICERCA**

|  |
|--|
|  |
|--|

**AREA DI RICERCA CUN**

- ☐ 01 Scienze matematiche e informatiche
- ☐ 02 Scienze fisiche
- ☐ 03 Scienze chimiche
- ☐ 04 Scienze della terra
- ☐ 05 Scienze biologiche
- ☐ 06 Scienze mediche
- ☐ 07 Scienze agrarie e veterinarie
- ☐ 08 Ingegneria civile e architettura
- ☐ 09 Ingegneria industriale e dell'informazione
- ☐ 10 Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche
- ☐ 11 Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche, psicologiche
- ☐ 12 Scienze giuridiche
- ☐ 13 Scienze economiche e statistiche
- ☐ 14 Scienze politiche e sociali

**SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE**

|  |
|--|
|  |
|--|

**PAROLE CHIAVE**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



**RICHIESTA DI PARERE**

**LUOGO DELLA RICERCA**

**CITTA'**

**NAZIONE**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**1 GRUPPO DI RICERCA** (*Legge del 30-12-2010 n. 240 art. 18 c. 5*)

**1a RICERCATORI INTERNI - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO**

**NUMERO**

**COGNOME E NOME**

**RUOLO**

**DIPARTIMENTO DI AFFERENZA**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**1b RICERCATORI ESTERNI - ITALIANI**

**NUMERO**

**COGNOME E NOME**

**RUOLO**

**UNIVERSITA' / ORGANIZZAZIONE  
DI AFFERENZA**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**1c RICERCATORI ESTERNI - ESTERI**

**NUMERO**

**COGNOME E NOME**

**RUOLO**

**UNIVERSITA' / ORGANIZZAZIONE  
DI AFFERENZA**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



**RICHIESTA DI PARERE**

**DESCRIZIONE E SCOPO DELLA RICERCA**

**BREVE STATO DELL'ARTE (max 15 righe)**

**IPOTESI E OBIETTIVI (max 10 righe)**

**IPOTESI**

**OBIETTIVI**

**METODOLOGIA (PARTECIPANTI, RECLUTAMENTO, STRUMENTI, PROCEDURA)  
(max 25 righe)**

**PARTECIPANTI**

**RECLUTAMENTO**

**STRUMENTI**

**PROCEDURA**

**RISULTATI ATTESI (max 5 righe)**

**TIPO DI RICERCA: CON PERSONE**

**NUMERO**

**ETA**

☐

**Adulti**

☐

**Minori**

☐

**Adulti e Minori**

**SE MINORI**

☐

**comprendono istruzioni**

☐

**NON comprendono istruzioni**



## RICHIESTA DI PARERE

### METODI

- |                                                                  |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esperimento di laboratorio              | <input type="checkbox"/> Raccolta dati tramite colloquio personale     |
| <input type="checkbox"/> Somministrazione di test standardizzati | <input type="checkbox"/> Raccolta dati tramite interviste /questionari |
| <input type="checkbox"/> Fotografie e/o videoregistrazione       | <input type="checkbox"/> Raccolta dati archivi                         |
| <input type="checkbox"/> Altro: specificare .....                |                                                                        |

### RISCHI PER I PARTECIPANTI

- |                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nessun rischio               | <input type="checkbox"/> Dolore fisico    |
| <input type="checkbox"/> Uso di agenti fisici/chimici | <input type="checkbox"/> Affaticamento    |
| <input type="checkbox"/> Invasività degli strumenti   | <input type="checkbox"/> Tensione emotiva |
| <input type="checkbox"/> Altro: specificare .....     |                                           |

In caso di rischi, precisare natura e intensità dei rischi, giustificare la ricerca alla luce di danni/benefici, specificare precauzioni per limitare danno e tipo di supporto al partecipante

### RESTITUZIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA - MODALITA'

- |                                   |                                   |                                                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riunioni | <input type="checkbox"/> Convegni | <input type="checkbox"/> Pubblicazioni su riviste scientifiche |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

### TIPO DATI PER TRATTAMENTO

- |                                                         |                                                           |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dati raccolti in forma anonima | <input type="checkbox"/> Dati raccolti in forma riservata |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

### CONSENSO INFORMATO

Indirizzo Dipartimento – cap Palermo - Tel. 091 .....  
e-mail: dipartimento.....@unipa.it  
<https://www.unipa.it/dipartimenti/>.....



## RICHIESTA DI PARERE

La/e persona/e a cui è richiesto

Espressione di consenso informato per la partecipazione alla ricerca

☐

Adulti

☐

Genitori/Tutori

☐

Minori

Espressione di consenso al trattamento dei dati personali

☐

Adulti

☐

Genitori/Tutori

CONFLITTO DI INTERESSI DEI RICERCATORI

☐

SI

☐

NO

NATURA DEL CONFLITTO DI INTERESSE

(in caso di risposta positiva, indicare il ricercatore e la natura del conflitto di interesse)

ALTRE INFORMAZIONI SU EVENTUALI PROBLEMATICHE ETICHE

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐

Foglio informativo per la partecipazione alla ricerca

Espressione di consenso informato per la partecipazione alla ricerca

Modelli allegati:

☐

Adulti

☐

Genitori/Tutori

☐

Minori

☐

Informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 2016/679 -Trattamento dei dati personali

Espressione di consenso al trattamento dei dati personali

Modelli allegati:

☐

Adulti

☐

Genitori/Tutori

☐

Protocollo integrale della ricerca



**Università  
degli Studi  
di Palermo**

Dipartimento .....

## RICHIESTA DI PARERE

☐

Curriculum vitae

☐

Altro: ..... specificare .....

### NOTE

Il Proponente (Responsabile della Ricerca)

Prof. / Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Il Tutor

Prof. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per presa visione

Il Direttore del Dipartimento

Prof. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per presa visione