

MODULO DI CONSENSO

Corso: Human Computer Interaction 2025/2026 – Università di Bologna

Titolo del Progetto: Nucleo – Sanità Digitale Personale e Familiare

1. Descrizione della Ricerca

Siamo un gruppo di studenti del corso di *Human Computer Interaction* presso l'Università di Bologna. Stiamo conducendo una ricerca per comprendere le abitudini, le necessità e le difficoltà legate alla gestione dei dati sanitari personali e familiari (referti, prenotazioni, storia clinica). L'obiettivo di questa intervista è raccogliere informazioni per progettare un prototipo di applicazione che faciliti queste attività.

2. Procedura

La partecipazione consiste in un'intervista della durata di circa 30-60 minuti. Le verranno poste domande sulla sua esperienza nella gestione della salute. Durante l'intervista, con il suo permesso, potremmo:

- Registrare l'audio della conversazione per facilitare la presa di appunti successiva.
- Scattare fotografie al contesto (es. dove conserva i documenti) o agli artefatti (es. agende, raccoglitori), **senza mai riprendere il suo volto** o dati sensibili leggibili, a meno di esplicito consenso aggiuntivo.

3. Riservatezza e Trattamento dei Dati

Le informazioni raccolte saranno utilizzate **esclusivamente per scopi accademici** relativi a questo corso.

- Tutti i dati saranno anonimizzati: il suo nome non comparirà nei report finali o nelle presentazioni pubbliche (verranno usati pseudonimi o nomi di fantasia).
- Le registrazioni audio e le foto originali saranno conservate in modo sicuro dal team di progetto e verranno eliminate al termine del corso/esame.
- Nessun dato verrà venduto o ceduto a terzi.

4. Natura Volontaria

La partecipazione è strettamente volontaria. Lei ha il diritto di:

- Rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda.
- Chiedere di interrompere la registrazione in qualsiasi momento.
- Ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento senza dover fornire spiegazioni.

5. Contatti

Per qualsiasi domanda o chiarimento riguardo a questo progetto, può contattare il referente del team:

- Nome Studente: Roberto Mitugno
- Email: roberto.mitugno@studio.unibo.it

Dichiarazione di Consenso

Il/La sottoscritto/a Grazia Cannella

Dichiara di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate e accetta di partecipare volontariamente a questo studio.

Esprimo inoltre le seguenti preferenze specifiche:

1. Acconsento alla **registrazione audio** dell'intervista per scopi di trascrizione e analisi interna.
☒ SÌ ☐ NO
2. Acconsento all'uso di **citazioni dirette** (anonime) delle mie parole all'interno della documentazione del progetto.
☒ SÌ ☐ NO
3. Acconsento allo scatto di **fotografie** di oggetti/ambiente a supporto della ricerca, garantendo che non siano visibili dati sensibili o volti.
☒ SÌ ☐ NO

Luogo e Data: Medicina (BO), 21 / 10 / 2025

Firma del Partecipante: Grazia Cannella

Firma del Ricercatore (per presa visione): Roberto Mitugno