## ALLEGATO 2 – DOMANDA PER L’AUTORIZZAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze di cui all’art. 75, comma 1, del   
D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall’art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

(da compilarsi a cura dello U.O.C. dove avverrà la sperimentazione in collaborazione con la referente aziendale per il Comitato Etico)

ALLA U.O.C Affari Generali e Legali

ASST della Brianza

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Dirigente Medico dell’Unità Operativa

Ospedale di

**CHIEDE**

l'autorizzazione a condurre la Sperimentazione clinica dal titolo

Prot. n.

Proposto da

Ditta/sponsor

Responsabile della ditta

tel.       , fax       , email

Responsabile della Farmacovigilanza

tel.       , fax       , email

U.O. presso cui si svolge la sperimentazione/studio

Periodo di svolgimento della sperimentazione/studio previsto

**Personale coinvolto nello studio**

##### Sperimentatore Responsabile dello studio presso l’ASST.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | QUALIFICA | ORE STIMATE (\*) |
|  |  |  |
| Recapito/i telefonico/i | | Fax |
| @mail | | |

##### Co-sperimentatori /collaboratori  Personale dipendente dell’ASST [strutturato]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | QUALIFICA | ORE STIMATE (\*) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

La sperimentazione proposta verrà effettuata

**FUORI ORARIO DI SERVIZIO**  **IN ORARIO DI SERVIZIO**

*Co-sperimentatori / collaboratori  Personale non dipendente dell’ASST [non strutturato]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | QUALIFICA | ORE STIMATE (\*) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *(\*) Le ore indicate devono essere riferite all’unità di tempo (es: anno, mese,…), al paziente o altro (precisare)* | | |

La sperimentazione proposta avrà una durata globale di       anni       .