## ALLEGATO 6 - DICHIARAZIONE DI IDONEITÀ ALLA CONDUZIONE DELLO STUDIO

(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)

A richiesta del Dott./Prof.      …………………………….…………, Dirigente Medico di       livello in servizio presso l’Unità Operativa di

interessato in qualità di Sperimentatore Responsabile allo studio clinico dal titolo:

sigla protocollo

avvalendosi della collaborazione di:

##### 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       ann      .

**SI CERTIFICA**

che la struttura ed il personale sopra menzionati risultano idonei alla conduzione dello studio in oggetto.

In fede, Il Direttore Medico di Presidio

Data,