

MODULO DI ADESIONE AL PROGETTO

[Inserire acronimo o titolo completo dello studio]

da inviare al FAX 035 2674968 / e-mail sperimentazioni@fondazionefrom.it

(compilare in stampatello)

Centro/Ospedale
Divisione
Via
CAP Città Prov.

Interessato a partecipare al Progetto [Inserire acronimo studio]

SI

NO

Numero di Soggetti disponibili previsti

Sperimentatore Principale*
NOME COGNOME QUALIFICA
TELEFONO FAX E-MAIL

Ricercatore n. 1
NOME COGNOME QUALIFICA
TELEFONO FAX E-MAIL

Ricercatore n. 2
NOME COGNOME QUALIFICA
TELEFONO FAX E-MAIL

Data Manager/Main contact point
NOME COGNOME QUALIFICA
TELEFONO FAX E-MAIL

* Il Principal Investigator ed il Responsabile dello Studio possono essere la stessa persona

INFORMAZIONI SUL COMITATO ETICO A CUI FA RIFERIMENTO IL CENTRO

Nome del Presidente
Nome del Segretario
Indirizzo
Telefono FAX e-mail

Data

Firma del Principal Investigator.....