



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A

COMITATO ETICO

c/o Direzione Sanitaria Tel.0881/732593 Fax 0881/732251

STUDIO OSSERVAZIONALE
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E DI IDONEITA' ALLO STUDIO (Al. 13)
(da compilarsi a cura dei Direttore di Struttura in cui sarà operato lo studio)

Struttura _____

Studio _____

Sponsor _____ No profit _____

Il sottoscritto garantisce sotto la sua personale responsabilità:

- la non pericolosità della ricerca per i pazienti trattati;
- la competenza e l'adeguatezza del personale;
- la competenza e l'adeguatezza degli sperimentatori;
- l'idoneità delle strutture, dei locali e delle attrezzature che si rendono necessari per la effettuazione di tutto quanto previsto nel protocollo di studio e per il trattamento di qualsivoglia evento previsto derivante dall'applicazione dello stesso;
- che lo studio sarà effettuata da (nome, cognome e qualifica).

_____ li, _____

In fede
IL DIRETTORE DI STRUTTURA
(firma e timbro)