



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

DOMANDA APPROVAZIONE EMENDAMENTO (Allegato 6)

Struttura _____

Si richiede l'approvazione dell'emendamento n. _____ data _____ relativo allo studio dal titolo

Studio _____

approvato con del. Del Comitato Etico prot. _____ del _____ e autorizzato con del. del Direttore

Generale n. _____ del _____

Sponsor _____ No profit _____

Tipologia emendamento

Sostanziale ☐ Non Sostanziale ☐

Commenti _____

Descrizione modifiche allo studio

Si allegano (documentazione obbligatoria)

- ☐ Testo originale dell'emendamento
- ☐ Sintesi in italiano dell'emendamento
- ☐ Riassunto dello studio e dello stato di avanzamento
- ☐ Approvazione dell'emendamento da parte del Comitato etico referente per il Centro coordinatore
- ☐ Copia del versamento per l'istruzione della pratica

_____ li, _____

In fede
IL DIRETTORE DI STRUTTURA
(firma e timbro)