*(luogo), (data)*

**Spett.le**

**Comitato Etico LOMBARDIA 5**

**presso IRCCS Istituto Clinico Humanitas**

**Via Manzoni, 56, Rozzano (MI)**

**Titolo dello Studio “………………………………………………………………”**

**Tipologia di studio: (**es. osservazionale con farmaco/interventistico in altri ambiti)

**Auxologico è promotore/centro coordinatore: SI NO**

Il sottoscritto dott./prof…………………………….. chiede l’autorizzazione all’effettuazione, sotto la propria responsabilità, di uno studio dal titolo “………………………………………………………………………………………………..”.

Scopo dello studio è ………………… (*breve descrizione della sperimentazione*).

Si allega (**elenco completo della documentazione inviata con indicato n versione e data**):

* Protocollo versione n. del ;
* Sinossi versione n. del
* Consenso informato
* ……………………...

Cordiali saluti,

*(firma)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Approvazione del responsabile dell’Unità Operativa Clinica coinvolta nella ricerca:

Prof./Dott……………………………………………………………..U. O.:…………………………………………

Firma……………………………………………………………………. Data …………………………………………