**DICHIARAZIONE SULLA NATURA OSSERVAZIONALE DELLO STUDIO**

**Promotore**

**(denominazione ):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsabile legale del Promotore ( o suo delegato)**

**(nome e cognome):** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro clinico ( inserire la dicitura coordinatore, se multicentrico)**

**(denominazione struttura ):**

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Promotore dello studio osservazionale:

Titolo studio : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Acronimo (ove applicabile): \_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARO che

1. La prestazione prevista nello studio è parte della normale pratica clinica;
2. La decisione di effettuare la prestazione al singolo paziente è del tutto indipendente da quella di includere il paziente stesso nello studio;
3. Le procedure diagnostiche e valutative corrispondono alla pratica clinica corrente.

Per considerare uno studio di tipo osservazionale devono essere rispettate congiuntamente tutte e 3 (tre) le condizioni sopra riportate

 Data \_\_\_\_\_\_\_

Firma Promotore ( o suo delegato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Sperimentatore Coordinatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_