

Al Direttore Generale
ASL n.8 Cagliari

All'Ufficio Sperimentazione Cliniche
ASL n.8 Cagliari

Luogo e data, ___/___/_____

DICHIARAZIONE DI COPERTURA FINANZIARIA

Titolo Studio: _____

Codice Protocollo: _____

Responsabile della Sperimentazione: Prof./Dott. _____

Struttura di appartenenza: _____

Presidio Ospedaliero/Distretto/Dipartimento _____

Approvazione Comitato Etico Verbale n. _____ del ___/___/_____

Il/La sottoscritto/a _____ dirigente medico specialista in _____ presso la Struttura _____ ASL n.8 Cagliari, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto,

DICHIARA

che nessun costo aggiuntivo per la conduzione e gestione dello Studio graverà su questa amministrazione.

La Sperimentazione, inclusi/compresi i costi per _____

_____ (da eliminare o adattare se pertinente con lo studio), sarà completamente finanziata da fondi/finanziamenti

Lo Sperimentatore Principale

Prof./Dott. _____

Firma _____