

Spett.le
Dipartimento Cure Primarie
ATS di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
E-mail CurePrimarie@ats-brescia.it

Oggetto: Domanda di iscrizione al Registro Sperimentatori dell'ATS di Brescia.

Il sottoscritto Dottor _____ Codice regionale _____

☐ Medico di Medicina Generale nell'ambito di _____ Distretto

☐ Pediatra di Libera scelta nell'ambito di _____ Distretto

**chiede di essere inserito nel Registro Sperimentatori dell'ATS di Brescia per la
partecipazione agli Studi Osservazionali di eventuale proprio interesse**

A tal fine dichiara:

Curriculum professionale

- di aver svolto le seguenti attività professionali precedenti il rapporto convenzionale in atto:
 - Università:

 - Ospedale:

 - Altro:
- di avere acquisito i seguenti titoli accademici
 - Specializzazioni:

 - Altro:
- di aver acquisito una formazione specifica sulla metodologia della Sperimentazione Clinica in Medicina Generale / Pediatria di Libera Scelta mediante:
 - Partecipazione a corsi

 - Partecipazione a ricerche in Medicina Generale/Pediatria di Libera Scelta

- di aver effettuato le seguenti pubblicazioni scientifiche:

Standard organizzativi *

- di disporre di:

☐ infermiera ☐ personale amministrativo

- che l'accesso allo studio è:

☐ libero ☐ su appuntamento ☐ misto

che lo studio è attrezzato con:

- ☐ frigorifero/freezer e relativo controllo della temperatura;
- ☐ idoneo spazio per la conservazione dei campioni per sperimentazione clinica
(fisicamente separato dai campioni gratuiti e ad una temperatura <30°C durante tutto l'anno)**;
- ☐ armadietto con chiusura a chiave;
- ☐ possibilità di collegamento via internet;
indicare indirizzo e-mail _____;
- ☐ fax (numero _____)
- ☐ telefono in studio (numero _____)
- ☐ telefono cellulare (numero _____)
- ☐ indirizzo PEC _____
- ☐ strumentazione (specificare ad esempio ECG,.....)
- ☐ abbattimento delle barriere architettoniche
- ☐ eventuali altri locali oltre la sala medica e la sala di attesa
(specificare ad esempio seconda sala visita, sala medicazioni,)

* Come previsto dalle Good Clinical Practice

** Soggetti a verifica

Il sottoscritto:

- si impegna, sin d'ora, a fornire le ulteriori informazioni che verranno richieste dall'ATS finalizzate ad ogni singola sperimentazione;
- dichiara di essere informato e di autorizzare, ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale e comunitaria vigente, che il trattamento dei dati avverrà, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della Sperimentazione Clinica dei Farmaci per la quale la presente viene resa.

data_____

firma_____