



AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

S.S./S.C. _____

Direttore : Dott. _____

Alla Segreteria del
COMITATO ETICO
AZIENDA U.S.L. VALLE D'AOSTA
c/o Direzione Area Ospedaliera
Ospedale Umberto Parini
SEDE

Prot. n° _____

Oggetto: richiesta di parere etico per l'esecuzione di _____

Il/La sottoscritto/a _____ con qualifica di _____

presso _____

richiede che il Comitato Etico dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta esprima parere per l'esecuzione di

dal titolo _____

Allega la documentazione prevista:

dal D.M. 21 dicembre 2007 (sperimentazioni cliniche)

dalla Determinazione AIFA 20 marzo 2008 (studi osservazionali)

se altro, specificare _____

Nei seguenti formati:

n° 1 copia in formato cartaceo + n° 1 copia in formato elettronico (la copia cartacea e quella elettronica devono essere esattamente corrispondenti)

Luogo e data _____

FIRMA DIRETTORE DI STRUTTURA

FIRMA RESPONSABILE LOCALE