

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO DEGLI SPERIMENTATORI AI SENSI DELL'ART.1 COMMA 2 DEL DM 10/05/2001

All'Ufficio Medicina Generica e Pediatrica
c/o S.C. Cure Primarie
Via G. Maggio 6
16147 Genova

Il sottoscritto Dott. _____ MMG PLS

Matricola regionale n. _____

Sede 1° Studio in Via _____ Distretto S.S. n. _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 1 comma 2 del D.M. 10/05/2001 di essere inserito nel "Registro dei Medici Sperimentatori"

A tal fine **DICHIARA**

1. di svolgere attività di MMG o PLS

singolarmente medicina di gruppo medicina in associazione medicina in rete

2. di disporre presso l'ambulatorio, sede del 1° studio, delle seguenti attrezzature :

- telefono (indicare n. _____)
- fax (indicare n. _____)
- cellulare (indicare n. _____)
- collegamento Internet (indicare **e mail** * _____)
- cartella clinica informatizzata cartacea
- frigorifero dotato di sistema di controllo della temperatura
- altre attrezzature (specificare _____)
- idoneo spazio per la conservazione dei campioni utilizzati per la sperimentazione clinica ,
fisicamente separato da altri campioni di farmaci

* [l'ulteriore corrispondenza verrà inviata a mezzo posta elettronica]

3. di essere disponibile a partecipare a sperimentazioni:

- di fase III – IV
- non interventistiche - osservazionali
- entrambe

4. di aver frequentato, nel triennio 2007/11, il Corso sulla "Sperimentazione clinica dei farmaci" presso la ASL3

- SI NO

5. di aver partecipato ad altri Corsi sulla "Sperimentazione clinica dei farmaci"

- SI NO

(Si allegano attestati n. _____)

6. di impegnarsi a frequentare il Corso sulla "Sperimentazione clinica dei farmaci"

- SI NO

7. di aver partecipato a Sperimentazioni di fase III IV

- SI NO

Dichiara infine , sotto la propria personale responsabilità, che i dati sopra riportati rispondono al vero ed acconsente che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica da parte della ASL ai sensi del pt. 3 1.3 dell' Allegato 1 del D.M.10/05/2001.

Data _____

Timbro e Firma _____