

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

### **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 di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, il trattamento dei propri dati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della Sperimentazione Clinica dei Farmaci per la quale la presente viene resa.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_