

**MODULO PER VERIFICA FATTIBILITÀ LOCALE DELLO STUDIO CLINICO**

*(da far pervenire a cura del NRC dell’Azienda ULSS N. / Ospedale Classificato all’Ufficio di Segreteria  
3 settimane prima della seduta del CE)*

Barrare la struttura di dove si svolge lo studio:

- Servizio Azienda ULSS N.
- Reparto del Presidio Ospedaliero Azienda ULSS N.
- Reparto dell’Ospedale Classificato “Sacro Cuore – Don Calabria” di Negrar
- Reparto dell’Ospedale Privato Accreditato Azienda ULSS N.

Titolo sperimentazione:

N. Protocollo:

Codice EudraCT:

**INFORMAZIONI SULLO SPERIMENTATORE:**

N. sperimentazioni attualmente in corso

N. pazienti coinvolti nelle sperimentazioni in corso

Lo Sperimentatore

Data

---

(timbro e firma)