

# CARTA INTESTATA DEL CENTRO

*Trasmettere esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo PEC: ceur@certsanita.fvg.it*

Al Comitato Etico Unico Regionale  
del Friuli Venezia Giulia  
c/o Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute  
via Pozzuolo n. 330 – 33100 Udine  
**PEC: ceur@certsanita.fvg.it**

**OGGETTO: Assunzione di responsabilità per gli Eventi avversi di sperimentazione aperta per arruolamento e/o follow up.**

Il Sottoscritto, **Ricercatore Responsabile** dello Studio:

<b>TITOLO DELLA SPERIMENTAZIONE:</b>	
<b>CODICE EUDRACT:</b>	
<b>CODICE ATTIBUITO DAL CENTRO:</b>	
<b>DATA APPROVAZIONE:</b>	

Preso atto degli eventi avversi/seri occorsi relativi alla sperimentazione in oggetto avvenuti in data \_\_\_\_\_ / nel periodo \_\_\_\_\_,

## DICHIARA

- Di averne valutato il possibile impatto per i pazienti in trattamento
- Di non dover procedere ad alcuna azione informativa verso i pazienti in trattamento
- Di non ritenere gli stessi causa di interruzione della sperimentazione in corso al CRO di Aviano

per cui ritiene di poter proseguire nella sperimentazione clinica e nell'inserimento di pazienti nello studio sopramenzionato.

Cordiali saluti.

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
DATA

Lo Sperimentatore responsabile

dott. ....

(firma) \_\_\_\_\_

Allegati