



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DIPARTIMENTO DI _____

U.O. _____

Il Direttore

Alla Segreteria del Comitato Etico
A.USL di Piacenza

**MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONCLUSIONE DELLA SPERIMENTAZIONE NEL
SINGOLO CENTRO CLINICO ¹**

(predisposto in attuazione delle direttive del D.M. 21/12/2007)

I dati contenuti nel presente modello devono essere inseriti, a cura del Referente dell'OsSC, nel sito internet: <https://oss-sper-clin.agenziafarmaco.it>

Da completare a cura del Responsabile della sperimentazione

A. IDENTIFICAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

A.1 Numero Eudract _____

A.2 Titolo completo della sperimentazione _____

A.3 Codice, versione e data del protocollo sperimentale _____

B. IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO CLINICO

B.1 Denominazione _____

B.2 Indirizzo _____

B.3 Comitato Etico di riferimento _____

B.4 Identificazione dello sperimentatore principale

• B.4.1 Nome _____

• B.4.2 Cognome _____

• B.4.3 Qualifica _____

C. CONCLUSIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

C.1 Data di conclusione _____

C.2 Modalità di chiusura

- C.2.1 Fine regolare della sperimentazione si no
- C.2.2 la sperimentazione è terminata in anticipo si no
Se sì, specificare i motivi
 - C.2.2.1 ragioni di sicurezza si no
 - C.2.2.2 mancanza di efficacia si no
 - C.2.2.3 arruolamento completato in anticipo si no
 - C.2.2.4 difficoltà di arruolamento si no
 - C.2.2.5 rinuncia dello sperimentatore si no
 - C.2.2.6 altro, specificare _____

C.3 Conclusione dell'arruolamento

- C.3.2 Numero di soggetti arruolati nel centro (inclusi nello studio) _____

¹ Da completare entro 30 giorni dalla conclusione della sperimentazione nel centro (per conclusione si intende l'ultima visita dell'ultimo soggetto, se non definita diversamente nel protocollo). Qualora non sia stato arruolato nessun soggetto per conclusione si intende la data in cui il richiedente ha chiuso formalmente il centro (es. visita di chiusura)