Modulo 8

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

DIPARTIMENTO DI ……
U.O. ……..

Il Direttore

DICHIARAZIONE DI COPERTURA ASSICURATIVA

Si dichiara che lo studio

"……
……
……..……..
……
……
……
……."

Prot. ……

per il quale si chiede il parere del Comitato Etico, in quanto trattasi di studio non sponsorizzato, rientra nella copertura della polizza assicurativa aziendale.

Lo Sperimentatore
(timbro e firma)

……