

RACCOMANDATA A.R.

**Al Signor Direttore Generale della A.U.S.L. n.3
C a t a n i a ,**

Il sottoscritto dott. , nato a il , con studio professionale in , Via/P.za n. .. tel. , chiede di essere inserito nel "Registro degli Sperimentatori", a norma dell'art.1, comma 2 del D.M.10.05.2001

A tal fine dichiara sotto la sua personale responsabilità:

- 1) Di essere convenzionato per "la medicina generale" / per la "pediatria di libera scelta" (1), dal. ; e, in atto, titolare di n. scelte;
- 2) Di avere frequentato il "Corso di formazione di base", svoltosi dal . . . al. presso ;
- 3) Di essere titolare di polizza assicurativa per la responsabilità civile nell'attività professionale;
- 4) Che il proprio studio è attrezzato con:
 - a) Frigorifero e relativo controllo della temperatura);
 - b) Idoneo spazio per la conservazione dei campioni per la sperimentazione clinica fisicamente separato dai campioni gratuiti e ad una temperatura <25°C durante tutto l'anno (2).

Fa inoltre presente quanto segue:

- 1) Di esercitare:
 - Attività di M.M.G./P.L.S. in esclusiva
 - Altre attività: ;
- 2) Di utilizzare cart.clinica *cartacea/informatizzata* (1);
- 3) Di *disporre/non disporre*(1) di collaboratore di studio;
- 4) Di *essere/non essere*(1) inserito in una medicina di gruppo;
- 5) Di *essere/non essere*(1) inserito in una medicina associata;
- 6) Di effettuare le visite ambulatoriali con accesso:
 - libero, su appuntamento, misto;
- 7) Di *disporre/non disporre*(1) di collegamento internet e servizio di posta elettronica (indicare, in questo caso l'e-mail).

Allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- 1) "Curriculum vitae" dettagliato, (comprensivo delle eventuali segnalazioni al "Servizio di Farmacovigilanza" delle reazioni avverse ai farmaci, rilevate durante lo svolgimento della propria attività professionale).
- 2) Fotocopia di un documento di riconoscimento.
- 3) Fotocopia della polizza assicurativa per la responsabilità cicile nelle attività professionali.
- 4) Certificazione rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione, attestante il possesso dei requisiti strutturali dello studio medico.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dei propri diritti derivanti dalla legge 675/96 e di autorizzare, fino a diverso avviso, la S.V. a conservare, trattare e mettere a disposizione delle istituzioni pubbliche o private, interessate alla sperimentazione clinica ai sensi del D.M.10.05.2001, i propri dati personali contenuti nella presente richiesta e nell'allegato curriculum vitae.

Con osservanza

Catania li
CON CODICE REGIONALE

Dott.

TIMBRO

~~~~~

Dott. ....  
St.: .....  
Ab.: .....  
Tel.cell.: .....  
E-mail: .....

- 
- 
- (1) Cancellare, o non riportare la parte che non interessa.  
(2) Il possesso dei requisiti suddetti è indispensabile per essere inserito "Registro degli Sperimentatori"