RICHIEDENTE

Nome e Cognome	
Nome del Laboratorio	
Istituto di appartenenza	
Tel.	
Indirizzo e-mail istituzionale di riferimento	
Indirizzo a cui inviare il materiale	

Titolo del progetto/studio	

Studio multicentrico ☐ SI ☐ NO
Se SI, elencare coinvolte nello studio

Approvazione CE di riferimento? ☐ SI ☐ NO
Se SI, allegare documento di autorizzazione del Comitato Etico
Se NO, motivazioni:

Sinossi del progetto/studio:

Note o accordi precedenti:

Tipologia di soggetti oggetto del progetto/studio:

TIPOLOGIA E QUANTITÀ/NUMEROSITÀ DI CAMPIONI

Tipologia materiale		Quantità
Sangue		
☐	Sangue intero	
☐	Linfociti	
☐	Siero	
☐	Plasma	
☐	DNA	
☐	RNA	
☐	Liquido sinoviale	
Tessuto		
☐	Congelato	
☐	Paraffinato	
	☐ Sano	
	☐ Neoplastico	
☐	DNA	
☐	RNA	
Tipologia di dati		
☐	Dati clinici di base (età, sesso, patologia)	
☐	Dati clinici estesi *	
☐	Dati laboratoristici *	
☐	Dati genetici*	
☐	Altri dati*	

Il richiedente conferma di essere a conoscenza che per la fornitura dei dati contrassegnati con asterisco (*) possono essere richiesti ulteriori riconoscimenti.

Data Firma del proponente _____

****

A cura del CRB

Data N° richiesta assegnato