

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

ALLEGATO 5

Modulo di Autorizzazione stipula assicurativa per SC No-Profit

Io sottoscritto _____
Sperimentatore Principale, richiedo l'Autorizzazione alla stipula dell'assicurazione per la
Sperimentazione Clinica No-Profit dal titolo: _____

DATI RELATIVI AL CONTRAENTE DELLA COPERTURA:

Ragione Sociale: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale o Partita IVA: _____

DATI RELATIVI ALL'ASSICURAZIONE

Compagnia assicuratrice: _____

Descrizione dell'attività: _____

Importo: _____

Durata: _____

Codice dello Studio: _____

Codice EudraCT: _____

N. Centri di sperimentazione: _____

Numero dei soggetti: _____

Copertura postuma: _____

Limiti di risarcimento:

Massimale per protocollo: _____

Massimale per paziente: _____

Franchigia: _____

Si richiede che per la copertura dei costi relativi per l'attivazione della polizza assicurativa si utilizzino i
fondi relativi al _____

DATA

FIRMA

(Sperimentatore Principale)

TIMBRO E FIRMA

Direttore/Responsabile della
Struttura

Direttore Sanitario

Direttore SC Servizio Contabilità,
Bilancio e Controllo di Gestione
