

**DICHIARAZIONE ASSENZA IMPEDIMENTI/INTERDIZIONE
DELLO SPERIMENTATORE**
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000)

Nome (*stampatello*)

Cognome (*stampatello*)

Qualifica

Ente di appartenenza

Titolo Protocollo di Studio

.....

.....

Codice Protocollo Codice EudraCT

Io sottoscritto in qualità di Sperimentatore Principale dello Studio

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, co. 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

- Di non essere coinvolto da Autorità governative, regolamentari o giudiziali in indagini, inchieste, denunce o azioni esecutive, attualmente pendenti, che siano connesse alla conduzione di ricerche cliniche;
- Di non essere stato interdetto o precluso dalla possibilità di svolgere ricerche cliniche nei Paesi in cui ho prestato attività professionale.

Dichiaro inoltre che mi impegno ad informare tempestivamente l'Azienda Ospedale-Università Padova qualora, nel corso dello Studio, dovessero risultare impedimenti tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede,

Data _____

Lo Sperimentatore Principale
