

ALLEGATO D

Richiesta di Partecipazione al Centro Raccolta dei Tumori Rari del polmone

Egregio Dott/Prof. _____

Responsabile del Centro Raccolta Tumori Rari del Polmone

Io sottoscritto Dott/Prof. _____

Nato il _____ a _____

Responsabile/Dipendente della _____

dell'Università degli Studi di _____

dell'Istituto _____

CHIEDE

Di poter usufruire di username e password per poter partecipare al Registro dei Tumori Rari del Polmone. A tal fine si impegna a:

1. Garantire un'adeguata e veritiera compilazione di ogni campo richiesto per ogni singolo soggetto inserito nel database da parte del mio istituto
2. Garantire completo anonimato del soggetto inserito in accordo con il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali
3. Di averne ottenuto il consenso informato
4. Di attenersi a quanto stabilito nella Dichiarazione di Helsinki (VERSIONE DELLA 59ND WMA GENERAL ASSEMBLY, SEOUL, OCTOBER 2008) in materia di studi scientifici.

Data _____

In fede