

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL REGISTRO DEL PAZIENTE INTERNISITO OSPEDALIZZATO

Inviare compilato e firmato a [cris@simi.it](mailto:cris@simi.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
responsabile dell'omonimo Centro della Rete Italiana di Medicina Interna, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, email  
\_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

**Chiede di partecipare al Registro del Paziente Internistico Ospedalizzato.**

Il referente per la compilazione della CRF elettronica è il Dott./Dott.ssa

\_\_\_\_\_  
(email: \_\_\_\_\_; cellulare: \_\_\_\_\_)

**Con la presente dichiara inoltre di aver compilato in tutte le sue parti la propria scheda del Centro della Rete Italiana di Medicina Interna e richiede l'invio della documentazione per la sottomissione dello Studio al Comitato Etico (indicare il nome de CE di competenza)**

Data \_\_\_\_\_

Firma