**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE RESPONSABILITA’  
PER L’USO TERAPEUTICO DI FARMACO SPERIMENTALE ……………...…..  
PER IL PAZIENTE…………………………..**

Io sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dipartimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di assumermi la responsabilità per l’uso terapeutico del farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il paziente \_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cofermo che :

1. Le caratteristiche cliniche del paziente rispondono alle caratteristiche della popolazione arruolata negli studi clinici ( di fase II e/o III) presentati a supporto di questa richiesta.
2. Non esistono attualmente per questo paziente valide alternative terapeutiche.
3. Verrà acquisito il consenso informato del/della paziente e che lo stesso sarà conservato nella cartella clinica del/della paziente

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Medico Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_