

Modulo di domanda

Al Ministero della salute
Direzione Generale dei
dispositivi medici e del
servizio farmaceutico
Ufficio 6 - Sperimentazione
clinica
dgfdm@postacert.sanita.it

Modulo di Domanda per la per la partecipazione alla Commissione di appraisal per il Programma Nazionale di Health Technology Assessment relativa al report “Chirurgia bariatrica per il controllo del diabete mellito di tipo 2 in adulti con obesità di classe I”

Il Sottoscritto:

Cognome	Nome	
Nato a	Prov	il

residente a:

Via/Piazza:		N°:
cap:	Comune:	Prov
Telefono	e-mail	

in qualità di rappresentante legale dell'Associazione:

Denominazione:	
Cod. Fisc:	Partita iva
Data atto costitutivo	Data ultima modifica dello Statuto

con sede legale in:

Via/Piazza:		N°:
cap:	Comune:	Prov
Telefono	Fax	
E-mail		

CHIEDE

che la suddetta Associazione sia selezionata. per la per la partecipazione alla Commissione di appraisal per il Programma Nazionale di Health Technology Assessment relativa al report “Chirurgia bariatrica per il controllo del diabete mellito di tipo 2 in adulti con obesità di classe I” Al fine di comprovare il possesso dei requisiti richiesti dal bando, la suddetta Associazione allega alla presente domanda la documentazione di cui all'elenco allegato. Luogo e Data

RAPPRESENTANTE

IL LEGALE

(Timbro e Firma)

Elenco allegati

Modulo di domanda

1. Modulo di domanda compilato in ogni sua parte e debitamente firmato dal rappresentante legale dell'Associazione.
2. Copia del documento di identità del rappresentante legale dell'Associazione, nel caso in cui il modulo non sia sottoscritto con firma digitale.
3. Curriculum vitae (CV), in formato digitale (pdf), del rappresentante legale e degli associati indicati come possibili designati alla partecipazione alle Commissioni di appraisal per conto dell'Associazione.
4. Dichiarazione relativa al conflitto di interessi per ciascuno degli associati indicati come possibili designati alla partecipazione alla Commissione di appraisal relativa al report "Chirurgia bariatrica per il controllo del diabete mellito di tipo 2 in adulti con obesità di classe I" per conto dell'Associazione redatta utilizzando il modulo standard allegato al presente invito.
5. Dichiarazione di riservatezza redatta utilizzando il modulo standard allegato al presente invito, per ciascuno degli associati indicati come possibili designati alla partecipazione alle Commissioni di appraisal per conto dell'Associazione.
6. Relazione descrittiva del profilo dell'Associazione (cfr. requisiti di cui sopra con particolare riguardo alla tecnologia oggetto di appraisal e/o alla condizione clinica specifica).
Dichiarazione del possesso dei requisiti con riferimento allo statuto