



Inviare la richiesta via e-mail al Centro Studi AIPO:

[aipocentrostudi@aiporicerche.it](mailto:aipocentrostudi@aiporicerche.it)

T +39 02 36590350

F +39 02 67382337

## **RICHIESTA DI COLLABORAZIONE CON IL CENTRO STUDI AIPO NELL'AMBITO DELLA RICERCA CLINICA**

### **APPLICATION FORM**

---

#### **PROPONENTE**

*[Indicare il nome, cognome e affiliazione del Responsabile dell'applicazione, che sarà il referente per tutta la corrispondenza]*

**Nome:**

**Cognome:**

**Affiliazione:**

**Contatto telefonico (tel./cell.):**

**E-mail:**

---

#### **GRUPPO DI STUDIO DI RIFERIMENTO**

*[Indicare il Gruppo di Studio AIPO nel quale è inserito il progetto]*

---

#### **TITOLO DELLO STUDIO**

*[max 10 parole]*

---

#### **SCOPO DELLO STUDIO**

*[max 300 caratteri]*

---

#### **PREMESSA (BACKGROUND)**

*[max 1000 caratteri]*

---

## RAZIONALE DELLO STUDIO

*[max 600 caratteri]*

---

## METODI

*[Descrivere il disegno dello studio e i metodi, dando informazioni sull'inquadramento, l'eventuale utilizzo di forniture cliniche (trattamenti, dispositivi, etc), la popolazione oggetto dello studio, la numerosità campionaria, i parametri da raccogliere, la tempistica, il numero di centri da coinvolgere ed eventuali requisiti dei centri per la conduzione del progetto, ecc.]*

---

## RISULTATI ATTESI E PUBBLICAZIONI

[max 1000 caratteri]

---

## BUDGET

### Costi

[Indicare i costi stimati per la realizzazione dello studio]

Descrizione attività/servizio/fornitura	Costi

Osservazioni:

### Fondi

[Indicare le fonti di finanziamento individuate per la copertura anche parziale dei costi]

- 
- 
- 

---

## BIBLIOGRAFIA

[Indicare le voci bibliografiche di riferimento, così come richiamate nel testo]

1. ...
2. ...
3. ...