



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

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. ...