

ALLEGATO "A"

380

25 MAR. 2015

Prot. 3832/MDS 2-18

Cagliari, 08.05.2014

OGGETTO: Attività di ricerca in Progetto Telethon "Post G Was functional characterization of BCL11A locus toward the development of a treatment for β -thalassemia" (n.GGP13246A).

**Ill.mo Sig. Presidente Comitato Etico
ASL Cagliari**

Si trasmette con parere favorevole la proposta in oggetto del Prof. Paolo Moi Direttore della Clinica Pediatrica II^a sottolineando che l'Ospedale è idoneo per personale e mezzi allo studio in oggetto.

Distinti saluti

Il Dirigente Sanitario
Ospedale Regionale per le Microcitemie
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

pg 1/2

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO
DELLO STUDIO CLINICO**

Cagliari, 03.09.2014
Prot. N° 211

Alla cortese attenzione

Comitato Etico

Azienda Ospedaliero Universitaria Sede Via Ospedale, 54
09124 Cagliari

09124 Cagliari

U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico,
Qualità e Risk Management
Via Peretti 2/b, Palazzina C 5° Piano
09047 Selargius (CA)

ASL8
IP.2014/34106 del 17/09/2014 ore 09,32
Att.: Ospedale Microcitemico

Ass.: Pianificazione, Controllo Strategico
Class.: 2.2.1. Fasc.: 2 del 2014



Oggetto. **Richiesta di autorizzazione**

Con la presente il Prof. **PAOLO MOI**, (responsabile scientifico e referente del progetto) chiede a codesto comitato etico l'autorizzazione e il parere etico allo svolgimento dello studio spontaneo no profit dal titolo: **"Caratterizzazione funzionale post-GWAS del locus BCL11A verso lo sviluppo di un trattamento per la β -talassemia"**.

NUMERO DEL PROGETTO: **GGP13246**

FINANZIATO DA: **TELETHON**

DURATA: 24 mesi dalla data di inizio

SEDE: Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare Unità di Ricerca Scienze Biomediche e Biotecnologie, Università degli Studi di Cagliari c/o Ospedale Regionale per le Microcitemie - ASL Cagliari, Via Jenner s/n 09121 Cagliari.

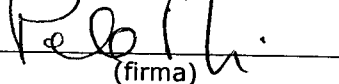
Si allega la seguente documentazione:

1. Riassunto in italiano dello studio
2. Progetto in esteso in inglese
3. Modulo contenente le informazioni per il paziente
4. Modulo utilizzato per il Consenso
5. Autorizzazione Direzione Sanitaria

Responsabile del progetto


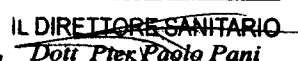
PAOLO MOI
(nome in stampatello)

03.09.2014
(data)


(firma)

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 380 DEL 25 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  IL DIRETTORE SANITARIO 
Dott.ssa Antonella Carreras, Dott. Pter Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa  Savina Ortu