Egas Moniz
Health Alliance
Centro Académico Clínico

Pedido de realização de estudo de investigação dirigido à Direção do Centro Académico Clínico – Egas Moniz Health Alliance (EMHA)

Eu, _____ *(nome completo do Investigador* Responsável*)*, titular do cartão de cidadão/passaporte número _____, válido até ___/___/___, venho por este meio solicitar ao/à Ex.mo(a) Sr(a). Diretor(a) do Centro Académico Clínico – Egas Moniz Health Alliance (EMHA), autorização para realizar o estudo de investigação intitulado de _____ *(título do projeto de investigação)*, cuja sinopse, consentimento informado e protocolo de recolha de dados se anexa.

_____*(Local)* __ /__/2022

_____

(o Investigador Principal)