

**Formulaire n°1
2017**

Chancellerie des universités de Paris

Division de l'administration

de la Chancellerie

47 rue des Écoles - 75005 - PARIS

Tel : 01 40 46 21 19 // Fax : 01 40 46 29 66

Pris.chancellerie@ac-paris.fr

**Formulaire d'identification de la recherche médicale
financée par le legs POIX**

Étude clinique

1/ Identité du laboratoire :

-

2/ Établissement ou organisme de rattachement (*Université, Institut*):

-

3/ Chef de Service (*rayez la mention inutile*):

-Professeur / Docteur

4/ Titre du projet de recherche clinique (ou étude épidémiologique ou essai thérapeutique) :

-

5/ Nom de l'investigateur principal ou demandeur (*rayez la mention inutile*) :

-Professeur / Docteur

Identité du promoteur de l'étude :

6/ Lieu où s'effectuera cette recherche clinique (*Hôpital, service, etc...*) :

-

7/ Avis du C.P.P. (Comité de Protection des Personnes) :

Demande effectuée ? oui / non

Avis du CPP (Si avis notifié, procurer la photocopie de cet avis)

Je soussigné(e) _____ m'engage à mentionner le financement reçu de la Chancellerie et à faire figurer la mention suivante dans mon rapport de recherche annuel remis à l'administration gérant le laboratoire dont je dépends, ainsi que dans toutes les publications réalisées : « Recherche financée grâce au soutien de l'Établissement Public, **Chancellerie des universités de Paris** ».

Date et signature du demandeur :
(cachet du laboratoire)

Important : Pour toute étude clinique nécessitant un avis notifié du CPP, l'envoi de ce document à la Chancellerie des universités de Paris avant le 31 mai 2016 conditionne impérativement le versement des fonds.