

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
 POUR UNE RECHERCHE MENTIONNÉE AU 3^e DE L'ARTICLE
 L. 1121-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Promoteur :	
Nom, raison sociale, sigle	Université Clermont Auvergne
Nom du responsable	BERNARD Mathias
Adresse complète	49 boulevard François Mitterrand CS 60032 63001 Clermont-Ferrand
Téléphone	04.73.17.79.79
Adresse électronique	

Investigateur coordonnateur :	
Nom, Prénom	
Qualité	
Adresse complète	
Téléphone	
Adresse électronique	

Recherche :	
Intitulé de la recherche	
Version du protocole	
Numéro d'enregistrement	
Nbre de personnes susceptibles d'être incluses dans la recherche	
La recherche fait-elle appelle	<input type="checkbox"/> à l'exploitation de données existantes (SNIR-AM, SNDS, dossiers ...) <input type="checkbox"/> au recueil d'échantillons biologiques
Design de la recherche	<input type="checkbox"/> Transversale <input type="checkbox"/> Cohorte <input type="checkbox"/> Etude cas-témoin

Date	Nom	Signature du promoteur
------	-----	------------------------