 

|  |
| --- |
| **CONFORMITAT HOSPITAL ODONTOLOGIC UB** |
| **DADES DE L’ESTUDI****Nom de l’estudi:**  **Tipus:** □ Treball Final Grau □ Treball Final Màster □ Altres **Nom promotor:** □ Intern □ Extern **Alumne/a responsable: Horari previst:** □ Dilluns h a h □ Dimarts h a h □ Dimecres h a h□ Dijous h a h □ Divendres h a h □ Dissabte h a h **Utilització de box al marc de l’assignatura/Màster:**  **Durada temporal prevista: Necessitat d’accés a Gesden?** □ Si □ No**Necessitat de llistat de pacients?** □ Si □ No **S’han de visitar pacients?** □ Si □ No **Necessitat de material fungible?** □ Si □ No **Necessitat de material instrumental?** □ Si □ No **S’han de fer enquestes a pacients?** □ Si □ No**Observacions:** **Professor/a que tutoritza l’estudi:**  **Signatura:** |
| **CONFORMITAT DE L’HOUB****Observacions HOUB: Conformitat HOUB pendent d’aprovació del CEIm:****Data:** / /  |
| **Número d’estudi (any/número):**  **/ Data d’aprovació**  **/**  **/**  **Cal disposar d’aquest document sempre que s’estigui duent a terme l’estudi****juntament amb el document d’aprovació del CEIm** |

**CONFORMITAT HOSPITAL ODONTOLOGIC UB**