Enviar el formulario de solicitud adjuntando el **INFORME DEL COMITÉ ÉTICO PROPIO.**

Los campos marcados con asterisco son obligatorios.

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

PROYECTO

**Título del proyecto\*:**

**Agencia financiadora / Promotor\*:**

**Financiación disponible (presupuesto)\*:**

**Referencia del proyecto\*:**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

**Apellidos\*:**

**Nombre\*:**

**Departamento / Unidad\*:**

**Institución\*:**

**Dirección postal\*:**

**Teléfono\*:**

**Correo electrónico\*:**

2.- PROYECTO

RESUMEN (max 500 palabras)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (max 100 palabras)

INDIQUE BREVEMENTE LOS EXPERIMENTOS A REALIZAR CON LAS MUESTRAS SOLICITADAS (max 100 palabras)

CITAR 5 TRABAJOS RELEVANTES PUBLICADOS POR EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN (últimos 3 años)

3.- MUESTRAS SOLICITADAS

***NOTA*: Si previamente ya ha solicitado muestras en el Biobanc para este proyecto, es decir, se trata de un AMPLIACIÓN de MUESTRAS, además de rellenar los apartados 3.1, 3.2 y/o 3.3, por favor indique también la siguiente información:**

**MOTIVO DE LA AMPLIACIÓN (máx 100 palabras)**

**INDIQUE BREVEMENTE LOS EXPERIMENTOS A REALIZAR CON LAS MUESTRAS SOLICITADAS EN LA AMPLIACIÓN (MÁX 100 palabras)**

**3.1.- MUESTRAS DEL BANCO DE TEJIDOS NEUROLÓGICOS**

**Tipo de muestras\*:**

**Enfermedad Solicitada\*:**

**Criterios de selección (patología, edad, sexo, etc.)\*:**

**Número de casos requeridos\*:**

**Descripción de las áreas encefálicas solicitadas:**

**Condiciones del tejido solicitado (marcar con una X el que corresponda):**

[ ]  Fijado en formol

[ ]  Incluido en parafina

[ ]  Secciones histológicas de parafina Nº secciones:    Grosor:

[ ]  Secciones histológicas de material congelado Nº secciones:    Grosor:

[ ]  Bloques de tejido congelado

[ ]  Bloques de tejido crioprotegido

 Tiempo post-mortem requerido <    Horas

Otras condiciones o características:

1)

2)

3)

**3.2.- MUESTRAS DEL** **BANCO DE TUMORES**

**Tipo de casos para el estudio:**

Tipo de tejido\*:

Tipo de patología\*:

Tejido normal del mismo paciente \*: Sí [ ]  No [ ]

Número de casos requeridos\*:

Características clínicas del caso/s u otras especificaciones:

**Características del material solicitado:**

[ ]  Tejido en fresco:

tamaño:

[ ]  Secciones histológicas de tejido congelado en portaobjetos:

número secciones:        grosor:

[ ]  Secciones histológicas de tejido congelado en tubo:

número de tubos:

[ ]  Secciones histológicas de parafina en portaobjetos:

número secciones:        grosor:

[ ]  Secciones histológicas de parafina en tubo:

número de tubos:

[ ]  RNA de tejido congelado (alícuotas de 0.5μg):

 número de alícuotas:

[ ]  DNA de tejido congelado (alícuotas de 1μg):

 número de alícuotas:

[ ]  RNA de tejido parafinado (alícuotas de 0.5μg):

 número de alícuotas:

[ ]  DNA de tejido parafinado (alícuotas de 1μg):

 número de alícuotas:

[ ]  TMA (*Tissue Microarrays*):

diámetro de los cores:        número de réplicas por core:

Otras especificaciones de procesamiento de las muestras:

**3.3.- MUESTRAS DEL BANCO DE ADN, SUERO, PLASMA U OTROS FLUIDOS**

**Tipo de muestras\*:**

**Criterios de selección (patología, edad, sexo, etc.)\*:**

**Número de casos requeridos\*:**

**Observaciones o comentarios adicionales necesarios para la selección de muestras:**

4.- DATOS PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS

**Apellidos\*:**

**Nombre\*:**

**Departamento / Unidad\*:**

**Institución\*:**

**Dirección postal\*:**

**Teléfono\*:**

**Correo electrónico\*:**

5.- DATOS DE FACTURACIÓN

**Entidad\*:**

**NIF\*:**

**Dirección postal\*:**

**Responsable\*:**

**Proyecto para facturación\*:**

Barcelona,       de       de 20

**IP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**