**Attestation**

Je soussigné (e) …………………………………………………….. , Chef de service de ……………………………………… au CHU de St Etienne donne l’autorisation au Pr /Dr …………………………….......pour initier et gérer le projet de recherche biomédicale :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Date et signature :