**CÓDIGO:**

**TÍTULO:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**PROMOTOR:**

**COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**(IP Nombre y Apellido)**, como Investigador Principal del Proyecto/Estudio Clínico,

DECLARA

* Que conoce y acepta su participación,
* Que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el Proyecto/Estudio Clínico,
* Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Clínico Universitario de Valencia,
* Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios, y
* Que dicho Proyecto/Estudio Clínico se llevará a cabo con la colaboración del siguiente equipo investigador.

EQUIPO INVESTIGADOR

 (Insertar tantas filas como sean necesarias)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS**Integrantes del equipo investigador | **DNI/NIE/PASAPORTE** | **DATOS DE CONTACTO (Teléfono/correo)** | **DOMICILIO (personal/laboral)** | **Personal GVA a fecha actual\*** | **Acceso a datos/muestras del proyecto** | **Firma** |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |
|  |  |  |  | () Sí ()No | () Sí ()No |  |

\*Las personas que NO tengan vinculación laboral con la *Generalitat Valenciana* a fecha de la solicitud de evaluación, deberán aportar firmado el documento “Privacidad y confidencialidad – Colaboradores de investigaciones científicas” correspondiente. Este formulario está disponible en [www.incliva.es/ceim/requisitos/](http://www.incliva.es/ceim/requisitos/).

Fdo: **(Nombre Investigador principal)**

**AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO**

**(Nombre Jefe de Servicio)** como Jefe de Servicio de **(nombre del servicio principal)**,

DECLARA

* Que conoce la documentación del trabajo de Proyecto/Estudio clínico.
* Que el investigador principal y el resto del equipo, reúne las características de competencia necesarias para realizar Estudios clínicos, así como la metodología específica del Estudio clínico de referencia.

***(Señale lo que proceda)***

☐ **Autorizo** la realización de este Proyecto/Estudio Clínico en el Servicio que dirijo.

☐ **NO autorizo** la realización de este Proyecto/Estudio Clínico en el Servicio que dirijo por los siguientes motivos:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Fdo: **(Nombre Jefe de Servicio)**