## COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

D. /Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HACE CONSTAR**

Que conoce y acepta participar como investigador principal.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por la Comisión de Investigación de la Fundación San Juan de Dios, el Comité Ético de Investigación Clínica y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en su caso.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que dicho estudio se llevará a cabo contando con la colaboración de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_como investigadores colaboradores.

En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Firmado

D./Dª.

Investigador Principal

## CERTIFICADO DE IDONEIDAD DEL EQUIPO INVESTIGADOR

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Director/Gerente del hospital/centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CERTIFICA:**

Que el/la Dr./Dra..............................................................., así como sus colaboradores, tienen la cualificación y medios disponibles, para llevar a cabo el estudio tal como está especificado en el protocolo y de acuerdo con las normas de buena práctica clínica.

Para que conste y surta a todos los efectos firmo el presente en............................... a.......de……………………. de……..

Firma

## CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES

**Nº PROTOCOLO:**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle)*:**

**CENTRO:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Director/Gerente del hospital/centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CERTIFICA:**

Que los servicios del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_implicados en la realización del estudio de referencia, cumplen con los requisitos de idoneidad para llevar a cabo el mismo.

Y para que conste y surta a todos los efectos, firmo el presente en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma