## **Dr. ……………………** *(Nombre completo y dos apellidos)*

**DNI: …………………………….**

## **Servicio: ……………………**

## **Centro/Hospital: ……………………………**

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigador principal en el ensayo clínico/estudio observacional/proyecto de investigación *(tachar lo que no aplique)* código de protocolo/referencia ayuda (tachar lo que no aplique) **……………………………………………**titulado**“…………………………………………………………………………………………………………….”**

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica y/o por la Agencia Española del Medicamento.

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

Que dicho estudio se llevará a cabo con la colaboración de los siguientes investigadores:

1. Nombre y Apellidos: ………………………………………………………………………….*(Nombre completo y dos apellidos)*

Servicio: …………………………………… Centro/Hospital: ……………………………………………

**Firma: …………………………………………**

1. Nombre y Apellidos: …………………………………………………………………………*(Nombre completo y dos apellidos)*

Servicio: …………………………………… Centro/Hospital: ……………………………………………

**Firma: …………………………………………**

1. Nombre y Apellidos: …………………………………………………………………………*(Nombre completo y dos apellidos)*

Servicio: …………………………………… Centro/Hospital: ……………………………………………

**Firma: …………………………………………**

**Firma del Investigador Principal:** ……………………………………………….

En Madrid a ……. de ……………… de 20...