



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

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 conoce y está de acuerdo con el protocolo, en el que se especifican todos los aspectos económicos de este estudio.

Que se compromete a respetar la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. En el marco de dicha Orden, autoriza a que D./Dña.

con cargo

y en función de (tutor académico, profesor,...)

accederá a las historias clínicas que precise según protocolo de estudio, en el marco temporal que transcurra de

Que acepta la realización de dicho estudio de investigación en este hospital/centro **CONDICIONADO** a la aprobación del mismo por la Comisión de Investigación de la Fundación San Juan de Dios, y en su caso del CEIC correspondiente.

Lo que firma en _____, a ____ de _____ de _____.

Firma