

# ***CECISH***

## **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO DEL ESTUDIO**

--

**TIPO DE ESTUDIO**

--

**UNICÉNTRICO**

**MULTICÉNTRICO**

--	--

**FASE DEL ENSAYO CLÍNICO**

**I**

**II**

**III**

**IV**

--	--	--	--

**CENTRO DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO**

<b>NOMBRE</b>	
<b>DEPARTAMENTO</b>	
<b>LOCALIDAD</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>TELÉFONO</b>	
<b>FAX</b>	
<b>MAIL</b>	

**DATOS PATRONÍMICOS DE LOS INVESTIGADORES**

### **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

<b>NOMBRE</b>	
<b>DOCUMENTO IDENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>MAIL</b>	
<b>OTROS DATOS</b>	

### **INVESTIGADOR RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN**

<b>NOMBRE</b>	
<b>DOCUMENTO IDENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>MAIL</b>	
<b>OTROS DATOS</b>	

### **CO-INVESTIGADOR**

<b>NOMBRE</b>	
<b>DOCUMENTO IDENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>MAIL</b>	
<b>OTROS DATOS</b>	

### **CO- INVESTIGADOR**

<b>NOMBRE</b>	
<b>DOCUMENTO IDENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>MAIL</b>	
<b>OTROS DATOS</b>	

### **DATOS PATRONÍMICOS DEL PATROCINANTE**

<b>NOMBRE PATROCINANTE</b>	
<b>CARÁCTER</b>	
<b>DOMICILIO LEGAL</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	
<b>MAIL</b>	
<b>FAX</b>	
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO</b>	
<b>NÚMERO DE REGISTRO COMO REPRESENTANTE</b>	
<b>CONSTANCIA DE RESIDENCIA LEGAL EN PAIS</b>	