

## FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA

Título del Protocolo:
Patrocinante (si aplica)
Nombre de la Institución: :
Co Investigador/a:
CUIT/CUIL:
Domicilio
TE:
Correo electrónico:

Por intermedio de la presente y en carácter de Investigador/a Principal del estudio, me comprometo a cumplir con el protocolo aprobado, la Ley 3301, su Decreto Reglamentario 58/11, y a toda otra norma relacionada al protocolo de Investigación, ajustándome a los valores y principios éticos universalmente proclamados y citados en la presente Ley y a respetar los derechos de los sujetos en experimentación clínica durante la realización del presente estudio. Declaro conocer los POEs del CEI del Hospital Tornú y acepto cumplir sus lineamientos para los estudios que realice.

FIRMA

Aclaración:

Fecha: