

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

NOMBRE	
DEPARTAMENTO	
LOCALIDAD	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
FAX	
MAIL	

DATOS PATRONÍMICOS DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

NOMBRE	
DOCUMENTO IDENTIDAD	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN	
MAIL	
OTROS DATOS	

INVESTIGADOR RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN

NOMBRE	
DOCUMENTO IDENTIDAD	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN	
MAIL	
OTROS DATOS	

CO-INVESTIGADOR

NOMBRE	
DOCUMENTO IDENTIDAD	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN	
MAIL	
OTROS DATOS	

CO- INVESTIGADOR

NOMBRE	
DOCUMENTO IDENTIDAD	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN	
MAIL	
OTROS DATOS	

DATOS PATRONÍMICOS DEL PATROCINANTE

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