 

# Autorización de la Dirección Médica de la institución dónde se realizará la

# investigación

U **Ref.**

**Título del Protocolo:**

**Nombre y Dirección del Centro:**

**Investigador Principal:**

Miembros del COBIMED

S / D

El Director de autoriza la

realización de la investigación de referencia para que sea llevada a cabo en esta Institución para lo cual ha sido aprobada metodológica y éticamente.

……….........…................................

Firma Aclaración Fecha

**Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud Programa Provincial de**

**Investigación en Salud**

Calle 4 N° 962 esq. 51 - 1° Piso - Of. 45 Buenos Aires, La Plata - 1900

(0221) 422-3872 Int. 242