

**DECLARACIÓN JURADA**

U

**Ref.**

**Título del Protocolo:**

**Nombre del Centro: Investigador Principal:**

**Correo electrónico:**

Miembros del COBIMED

S / D

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente y en carácter de Investigador/a Principal del estudio, me comprometo a cumplir con el protocolo aprobado, la Ley 15462, 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.

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