***(Formulario N°9)***

**DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE**

**NORMATIVA VIGENTE E IDONEIDAD**

* + 1. **Título del Reporte de Caso Clínico:**
    2. Declaración del Investigador responsable:

Yo, como investigador, acepto la responsabilidad de conducir este estudio de acuerdo a los principios de Buena Práctica Clínica, del Reglamento del CEC del Hospital de Carabineros, de las normas vigentes del Ministerio de Salud, y de las normas nacionales e internacionales aplicables y de acuerdo a lo acordado con el patrocinador-

Certifico que todos los investigadores y el personal involucrado en esta investigación, se encuentran calificados y poseen la experiencia suficiente para desempeñar adecuadamente su labor en el proyecto.

* + 1. Nombre del Investigador Responsable:…………………………………………

Firma Fecha