

## Anexo c.2\_Conformidad con la realización del estudio \* EPA/PI

D./Dña.:

en calidad de\*\*:

del Servicio:

del Centro:

HACE CONSTAR

- Que conoce y acepta la realización del estudio:
  - Título del estudio:
  - Código del estudio:
  - Investigador:
  - Servicio del Investigador:
  - Centro:
- Que teniendo en cuenta la naturaleza del estudio, este centro cuenta con los recursos humanos, equipamientos e instalaciones necesarios para llevar a cabo este estudio, sin que ello interfiera en la realización de otras tareas que habitualmente tiene encomendadas.
- Que reconoce la colaboración de los siguientes servicios, habiendo sido éstos informados sobre su implicación en el estudio y habiendo expresado su conformidad\*\*\* al respecto (indicar los servicios implicados y cuando no haya ninguno indicar “No”)

Firma (cargo):

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\* En los casos en los que el jefe de servicio coincida con el IP del estudio se considera que podría existir conflicto de intereses y por lo tanto debe ser firmado por la Gerencia o Dirección Médica del centro o persona delegada.

\*\* Coordinador/a – Jefe/a de servicio – Jefe/a de sección - Supervisor/a – Director/a médico/a - Gerente

\*\*\* El responsable de servicio manifiesta su conformidad y la de los servicios implicadas con la firma de este documento.