



**COMITÉ DE ÉTICA  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**

N°.....  
(No llenar)

**Formulario de solicitud de Evaluación por el Comité de Ética de la Investigación de Proyectos de Investigación en Seres Humanos en el ámbito de la Secretaria de Salud Pública**

**NOTA : EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

Fecha: : .....

**1. Identificación del Proyecto**

1.1. **Título**.....  
.....

**1.2. Investigador principal/coordinador:**

Apellido y Nombres:.....

Perfil profesional:.....Especialidad:.....

Lugar de trabajo:.....

Cargo:.....

Tel/ Fax/ Cel/ e-mail:...../...../...../.....

**1.3. Integrantes del equipo del proyecto:**

Apellido y Nombres	Perfil profesional	Dependencia de trabajo y cargo
--------------------	--------------------	--------------------------------

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**1.4. Radicación del proyecto:**

1.4.1. Dependencia responsable <sup>1</sup>.....  
.....

1.4.2. Unidad Ejecutora<sup>2</sup>.....  
.....

**2. Impacto del proyecto**

2.1. Contribución al desarrollo de los lineamientos de la gestión de la S.S.P.....  
.....

<sup>1</sup> Institución que respalda el proyecto o es garante de su ejecución. Por ejemplo: laboratorio patrocinador del estudio, Ministerio de Salud de la Nación, CEDES, UNR-Facultad de Medicina-Carrera de especialización., UNICEF, Agencia Provincial de Seguridad Vial, entre otros.

<sup>2</sup> Refiere a la Institución / dependencia / servicio donde se desarrollará el proyecto. Por ejemplo: Maternidad Martin, Centro de Salud, CEMAR, entre otros.

.....  
.....

2.2. Contribución a la formación de recursos humanos

.....  
.....  
.....

2.3. Perspectivas de transferencia / utilización de los resultados del proyecto

.....  
.....  
.....

**3. Programación de actividades**

3.1. Duración total del proyecto. Indicar: Años ..... Meses.....

3.2. Inicio estimado:.....

3.3. Finalización estimada:.....

**4. Presupuesto**

4.1. Si el proyecto cuenta con financiamiento /subsidio de alguna institución / programa.

Indicar fuente y monto total del financiamiento:

.....

No cuenta con financiamiento / subsidio.....

4.2. Si el Proyecto prevé pago directo a los investigadores indicar monto establecido: .....

..4.3. Si el Proyecto prevé algún tipo de aporte al Servicio / efector hospitalario involucrado en la investigación, detallar características de los aportes:

en Insumos.....

.....

en Equipos .....

.....

en Recursos Humanos<sup>3</sup> .....

.....

4.4 Recursos requeridos para el proyecto (no cubiertos por un eventual financiamiento o subsidio) Indicar:

4.4.1.- Horas semanales dedicadas por el equipo:.....hs.

4.4.2.- Especificar tipo de recursos aportados por la Institución hospitalaria y cantidad.

	Tipo de recursos	Cantidad
Insumos	.....	.....
	.....	.....
Equipos	.....	.....
	.....	.....

<sup>3</sup> Incluye el pago directo a personal que colabora con el estudio.

Recursos humanos .....  
.....

**5.- Aval institucional**

5.-1 Aval de la institución en la cual se radica el proyecto, firmado por las autoridades de la misma. (Adjuntar nota de aval)

5.-2 Aval de las autoridades de la institución donde se ejecutará el proyecto, aceptando la evaluación técnica y ética del mismo. (Adjuntar nota de aval)

**6.-Aval del Comité de Docencia e investigación del efector.** (Adjuntar nota de aval)

.....  
**FIRMA Y ACLARACIÓN INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**RESERVADO PARA RECEPCIÓN DE COPIA POR  
PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA SSP**

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
Fecha

**IMPORTANTE**

El presente formulario debe presentarse en formato papel (1 copia) en Secretaría de Salud Pública (San Luis 2020, piso 1, de lunes a viernes de 7.30 a 13.30 horas, Sra. Silvina Castrelo) y en formato digital al [ceimunicipal@rosario.gov.ar](mailto:ceimunicipal@rosario.gov.ar); ambas modalidades de presentación deben ir acompañadas del proyecto original de la investigación a realizarse (1 copia papel).

+ info: [ceimunicipal@rosario.gov.ar](mailto:ceimunicipal@rosario.gov.ar)