



**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 ¹.....

.....

1.4.2. Unidad Ejecutora².....

.....

2. Impacto del proyecto

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

.....

¹ 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.

² 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 Humanos³

.....

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

³ 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. Natalia Pascussi) y en formato digital al 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