|  |
| --- |
| **SOLICITUD Y EVALUACIÓN DE INVESTIGADORES PARA ESTUDIOS CLÍNICOS** |
| ***Solicitud Inicial*** *(adjunte CV actualizado y acreditaciones académicas)* |  | ***Actualización de Información*** *(adjunte CV actualizado y acreditaciones académicas)* |
| ***Datos generales*** |
| Fecha de la solicitud:  |  |
| Nombre completo:  |  |
| Teléfono:  |  |
| Celular:  |  |
| Email:  |  |
| Página Web: |  |

|  |
| --- |
| ***Acreditaciones Médicas*** |
| ***Acreditación Obtenida*** | ***Institución/País*** | ***Año Obtenida*** |
| ***Médico*** |  |  |
| ***Especialidad:*** |  |  |  |
| ***Sub Especialidad:*** |  |  |  |
| ***Otra:*** |  |  |  |
| ***Otra:***  |  |  |  |
| ***Otra:***  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Entrenamientos en buenas prácticas clínicas / investigación clínica*** |
| ***Acreditación Obtenida*** | ***Institución/País*** | ***Año Obtenida*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Experiencia en estudios clínicos**  |
| **Área Terapéutica / Indicación**  | **Fase De Investigación Clínica** **(I, II, III, IV)** | **Rol**  | **Periodo** **(Año Inicio – Año Fin)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Como investigador debe conocer y estar comprometido con observar estrictamente en el desempeño de sus actividades con los siguientes documentos y lineamientos.*** | ***Conoce y está de acuerdo con observar*** |
|  | ***Si***  | ***No***  |
| Lineamientos De Buenas Prácticas Clínicas De La Conferencia Internacional De Armonización 1996. |  |  |
| Decreto Ejecutivo N°. 1 Del 21 De Enero De 2013, Gaceta Oficial, Lunes 21 De Enero De 2013. |  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Declaro y juro que los datos consignados en la presente solicitud y la documentación que se adjunta es fidedigna.** |
| ***Nombre del médico solicitante***  | ***Firma y fecha***  | ***Sello***  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Para uso del CNBI, Recepción de la Solicitud** |
| ***Fecha de Recepción de la Solicitud***  | ***Recibido por Nombre y Cargo*** | ***Firma y Fecha***  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Resolución del CNBI** |
| ***Resultado de la Evaluación*** | ***Nombre******Presidente CNBI*** |  |
| ***Aprobada*** | *Fecha*  |  |
| ***Rechazada*** | *Firma*  |  |
| ***Razón de No Aprobación:*** |