|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dades de l’estudi | |
| Títol de l’estudi |  |
| Codi de l’estudi |  |
| Codi del promotor |  |
| Nom del promotor |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dades de l’investigador principal | |
| Nom i cognoms de l’investigador principal |  |
| Núm. de col·legiat/da |  |
| Nom i cognoms dels investigadors col·laboradors |  |
| Núm. de col·legiats/des |  |
| Unitat d’especialització |  |

(Nom i cognoms ) com a investigador principal de l'assaig clínic, DECLARA:

* Que coneix i accepta la seva participació.
* Que es compromet que cada subjecte sigui tractat i controlat seguint el que estableix el protocol autoritzat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari Mútua Terrassa.
* Que respectarà les normes ètiques aplicables a aquest tipus d'estudis.
* Que aquest assaig es durà a terme comptant amb la col·laboració de:

(Nom i cognoms del Col·laborador 1)

(Nom i cognoms del Col·laborador 2)

(Nom i cognoms del Col·laborador 3)

(Nom i cognoms )del Col·laborador 4)

(Nom i cognoms del Col·laborador 5)

SIGNAT:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Signatura IP) | (Signatura Col·laborador 1) | (Signatura Col·laborador 2) |
| (Signatura Col·laborador 3) | (Signatura Col·laborador 4) | (Signatura Col·laborador 5) |

(Nom i cognoms ) com a director tècnic del Centre Universitari de la Visió de la UPC, DECLARO:

Que conec tota la documentació dóna base al treball d'assaig clínic, que l'investigador principal i la resta de l'equip, reuneix les característiques de competència necessàries per realitzar assajos clínics, així com la metodologia específica de l'assaig clínic de referència.

*(Elimineu el que no escaigui)*

☐ Que autoritzo la realització d'aquest Assaig Clínic en el Centre Universitari de la Visió de la UPC.

☐ Que NO autoritzo la realització d'aquest Assaig Clínic en el Centre Universitari de la Visió de la UPC pels següents motius:

-

-

Terrassa , a (dia) de (mes) de 20XX