*Santiago, Mes, Año*

**Dr.(a). “** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del presidente del CEC correspondiente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”*

**Presidente del Comité de Ética Científico** *\_\_colocar Adulto o Pediátrico\_\_*

**Servicio de Salud** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Presente**

Quien suscribe, presenta a ustedes para ser sometido al proceso de evaluación ético científico el presente estudio denominado:

 “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

Declaro estar en conocimiento el procedimiento de evaluación del proyecto de investigación y aceptar la decisión que se tome por los miembros al interior del Comité de Ética Científico *\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* del Servicio de Salud *\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* perteneciente a la ciudad de Santiago, reservándome el derecho a solicitar información que me permita hacer las modificaciones correspondientes y necesarias para realizar el presente proyecto.

***FIRMA***

***NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL***

***RUT***