DECLARACIÓN DE TUTOR/A INSTITUCIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del tutor(a) institucional: |  |
| Número de identificación: |  |
| Institución(es) donde labora (Servicio): |  |
| Título de protocolo de investigación biomédica: |  |
| Nombre de investigador(a) principal |  |

En mi condición de tutor(a) institucional, declaro bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Soy funcionario(a) de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la ejecución y supervisión del estudio y me encuentro acreditado ante el CONIS como investigador.
2. Conozco la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, el Reglamento N° 39061-S y sus reformas mediante el “Decreto N° 39533-S” de fecha 04 de marzo de 2016, el Reglamento de Investigación Biomédica de la CCSS, acataré y haré cumplir esta y todas las normas nacionales e institucionales en materia de investigación biomédica, así como las disposiciones propias del centro asistencial donde se realiza el estudio.
3. Tengo la formación y la experiencia necesarias para fungir como tutor(a) institucional de esta investigación.
4. Velaré porque el estudiante se apegue al protocolo de investigación en todos sus extremos y cumpla con los requisitos establecidos por el Comité Ético Científico (CEC) que lo aprobó.
5. Me reuniré con el investigador(a) principal periódicamente para valorar el progreso de la investigación y su estricto apego al protocolo aprobado por el CEC, y registraré el resultado de las reuniones.
6. Velaré porque cualquier modificación al protocolo, sea previamente aprobada por el CEC.
7. Presentaré con el tutelado(a), en forma oportuna los informes de avance y el informe final de la investigación al CEC.
8. Si se presentara algún problema relacionado con el desarrollo de la investigación, estaré disponible personalmente para supervisar al tutelado(a) para solventar lo requerido.
9. Asumo la responsabilidad de esta investigación de manera solidaria con el tutelado(a).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_ |
| Nombre | Cédula | Firma | Fecha |