

## ***Declaración de Conflicto de Interés***

Yo, **Nombres y Apellidos**, cédula **xxxxxxxxxx**, mayor de edad, **profesión base, otros títulos**, vecino de B° **XXX XXX**, **Distrito de Cantón, Provincia**, funcionario de **sitio(s) de trabajo**, declaro que no tengo ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, en relación con la ejecución de ningún proyecto.

Me comprometo ante el Comité Ético Científico de **sitio(s) de trabajo** y ante la Comisión Nacional de Investigación en Salud (CONIS) a comunicarles de manera inmediata, si por alguna razón me enfrentara a un conflicto de interés, que pueda afectar el desarrollo de mis investigaciones.

Dado el día **fecha de entrega** en **Distrito, Cantón y Provincia de entrega**.

**Título Nombres y Apellidos**

**c.i.: Archivo**

## ***Compromiso de Guardar la Confidencialidad***

Yo, **Nombres y Apellidos**, cédula **xxxxxxxxxx**, mayor de edad, **profesión base, otros títulos**, vecino de B° **XXX XXX**, **Distrito** de **Cantón**, **Provincia**, funcionario de **sitio(s) de trabajo**, manifiesto mi compromiso de proteger el derecho a la confidencialidad de los participantes en la investigación con seres humanos establecido en el Ley de Investigación Biomédica (Ley 9234), así como el decreto N 39061.

Dado el día **fecha de entrega** en **Distrito, Cantón y Provincia de entrega**.

**Título Nombres y Apellidos**

**c.i.: Archivo**

***Compromiso de Cumplir con lo establecido en la Ley N<sup>o</sup> 9234, el reglamento y las Buenas Prácticas Clínicas***

Yo, **Nombres y Apellidos**, cédula **xxxxxxxxxx**, mayor de edad, **profesión base, otros títulos**, vecino de B° **XXX XXX**, **Distrito** de **Cantón**, **Provincia**, funcionario de **sitio(s) de trabajo**, manifiesto mi compromiso de cumplir con lo establecido en la Ley N<sup>o</sup>9234, el reglamento y las Buenas Prácticas Clínicas.

Dado el día **fecha de entrega** en **Distrito, Cantón y Provincia de entrega**.

**Título Nombres y Apellidos**

**c.i.: Archivo**

***Compromiso de reportar todo evento adverso, según los  
plazos establecidos en la Ley N° 9234***

Yo, **Nombres y Apellidos**, cédula **xxxxxxxxxx**, mayor de edad, **profesión base, otros títulos**, vecino de B° **XXX XXX**, **Distrito de Cantón, Provincia**, funcionario de **sitio(s) de trabajo**. Me comprometo a reportar todos los eventos adversos, según los plazos establecidos en la Ley N°9234.

Dado el día **fecha de entrega** en **Distrito, Cantón y Provincia de entrega**.

**Título Nombres y Apellidos**

**c.i.: Archivo**

**Sitio y fecha**

**Señores**

**Consejo Nacional de Investigación en Salud, CONIS**

**Presente**

**Estimados señores:**

**Asunto: Solicitud de acreditación ante el CONIS como  
investigador ~~XXXXXX~~**

Sirva la presente para enviarles un cordial saludo, asimismo, para solicitarles interpongan sus buenos oficios a fin de que se me acredite como **tipo de investigador** para proyectos de investigación de tipo **XXXXXX**, de acuerdo con lo establecido con la Ley 9234 y su respectivo reglamento.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su colaboración, se despide

**Atentamente,**

**Título Nombres y Apellidos**

**Puesto**

**Sitio de Trabajo**

**Código profesional: ~~xxxx~~**

**Cédula: ~~XXXXXXXXXX~~**

**c.i.: Archivo**