|  |  |
| --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | |
|  | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | |
| Investigador principal | |
| P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Aceptación de responsabilidades CI | |
| **Código UIS:** Código UIS | |
|  | |
| **Código** | Código. |
| **Título** | Título. |
| **Patrocinador** | Nombre del patrocinador. |
| **Domicilio sitio** | Escribir el domicilio. |
|  | |
| **Estimado Dr(a). Apellido paterno del investigador principal:** | |
|  | |
| En relación al protocolo arriba mencionado, hago de su conocimiento que este comité revisó los aspectos metodológicos, la relación riesgo/beneficio y la garantía de bienestar de los sujetos que participen en dicho estudio, emitiendo el siguiente dictamen: **Aprobada la migración**. | |
|  | |
| El material y/o documentos revisados fueron: | |
|  | |
| * Describir con nombre, versión y fecha. | |
|  | |
| Así mismo, le informo que esta autorización tiene vigencia de un año, por lo que usted deberá solicitar la renovación en forma oportuna. Para ello, deberá entregar al menos 30 días antes una solicitud escrita, acompañada del informe anual de actividades del estudio. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Dr. Juan Carlos Cantú Reyes**  Presidente del Comité de Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | | |