|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | | |
|  | | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | | |
| Investigador principal | | |
| P r e s e n t e | | |
|  | | |
| **Asunto:** Aviso de cancelación | | |
| **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:** | | |
|  | | |
| Con la presente, informamos a usted que, derivado de la revisión realizada y los hallazgos encontrados en la conducción del estudio, estos comités decidieron CANCELAR LA APROBACIÓN proporcionada. | | |
|  | | |
| Lo anterior deberá ser notificado por el Investigador Principal al Patrocinador del estudio y por este comité, a las autoridades de salud correspondiente. | | |
|  | | |
| Sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo. | | |
|  | | |
| Atentamente, | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Dra. María Elena Martínez Tapia**  Presidente del Comité de Ética en Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | | **Dr. Juan Carlos Cantú Reyes**  Presidente del Comité de Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |