**CONFORMITAT DEL CAP / DE LA CAP DE SERVEI**

**IDONEÏTAT DEL PERSONAL INVESTIGADOR I COL·LABORADOR**

**IDONEÏTAT DE LES INSTAL·LACIONS**

D./D.ª:

Cap del Servei de

Centre: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**En relació al projecte:**

Títol:

 Codi del protocol:

Promotor:

Investigador / Investigadora principal:

**Fa constar:**

1. Que dóna el seu vistiplau per a la realització de l' estudi una vegada aprovat.
2. Que dóna el seu consentiment per a la participació de l' esmentat estudi i que certifica la idoneïtat del personal investigador participant.
3. Que compta amb els recursos materials i humans necessaris per dur a terme l' estudi.
4. Que, després d'avaluar els procediments necessaris, les instal·lacions són idònies per a la realització de l'estudi.

En Barcelona, a dd/mm/aaaa

Signatura

………………………………………….

Cap del Servei de

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau