|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE:** [ ]  REGISTRO [ ]  RENOVACIÓN [ ]  CANCELACIÓN |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN** |
| **1.1 Nombre de la Institución:** |  |
| **1.2 Razón Social de la Institución** (Según RUC) |  |
| **1.3 R.U.C. N°** |  |
| **1.4 Dirección del domicilio fiscal** |
| **Dirección:**  |  | **Distrito:** |  |
| **Provincia:** |  | **Departamento:** |  |
| **1.5 Autoridad Máxima de la Institución de Investigación** |
| **Apellido Paterno:** |  | **N° de Documento de Identidad:** |  |
| **Apellido Materno:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Nombres:** |  | **Correo electrónico:** |  |
| **1.6 Representante Legal de la Institución de Investigación** |
| **Apellido Paterno:** |  | **N° de Documento de Identidad:** |  |
| **Apellido Materno:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Nombres:** |  | **Correo electrónico:** |  |
| **1.7 Pertenece al Sub-Sector**Público [ ]  No Público [ ]  En caso sea No Publico, es: Privado [ ]  Otros [ ]  Especifique: ………………………………….… |
| **1.8 Institución a la que pertenece**MINSA [ ]  EsSalud [ ]  Sanidad del Ejercito [ ]  Sanidad F. Aérea [ ]  Sanidad Naval [ ]  Sanidad PNP [ ] Especificar: DIRESA o GERESA [ ]  Hospital o EESS 1er nivel [ ]  Clínica o Policlínico [ ]  Universidad [ ]  Instituto Público de Invest. [ ] Otros (ONG, etc.): ...................................................................................... |

|  |
| --- |
| **2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN** |
| **2.1 Nombre del CI:** |  |
| **2.2 Nombre del responsable del CI:** |  |
| **2.3. Especialidad(es) del CI:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE REGISTRO DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN**1. Solicitud de registro, renovación o cancelación emitida por el representante legal de la institución de investigación.
2. FOR-OGITT-023 Declaración jurada de cumplimiento de los requisitos mínimos de Centros de investigación. (*Aplica para registro y renovación*)
3. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS vigente de la institución de investigación donde funcionará el centro de investigación y categorización de la misma.
4. Comprobante de pago para el registro como centro de investigación. (*Aplica para registro y renovación*)

*NOTA: Todos los documentos deben ser foliados, presentados al Instituto Nacional de Salud en un folder o archivador y ordenados de acuerdo a lo establecido en los requisitos indicando los nombres de cada uno de ellos mediante separadores.* | [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| **4. REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO**La información contenida y que se adjunta a la presente **Solicitud** tiene carácter de **Declaración Jurada**. Nos sometemos a que la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGITT), evalué la información de la documentación presentada y realicé la verificación correspondiente, pudiendo solicitar el refrendo de la misma. En caso de detectarse que se ha omitido u ocultada información o consignado información falsa, asumimos la responsabilidad de las acciones administrativas y penales que correspondieran.Asimismo, declaro que los documentos adjuntos cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento de Ensayos Clínicos aprobado por D.S. N º 021-2017-SA.Firma del Representante Legal AutorizadoAPELLIDOS Y NOMBRES**Fecha: / /**  |