
	<b>FORMULARIO</b>	<b>FOR-OGITT-042</b>
	<b>SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO</b>	<b>Edición Nº 02</b>

<b>Código de RNE:</b> <i>(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)</i>			
<b>1. DATOS DEL PATROCINADOR</b>		Extranjero <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
<b>1.1. PERSONA NATURAL</b> <input type="checkbox"/>			
Apellido paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I / C.E:	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo	
Domicilio legal: <i>(Distrito, Provincia y Departamento)</i>			
<b>1.2. PERSONA JURIDICA</b> <input type="checkbox"/>			
<b>REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR EN PERU</b>			
<i>(Datos del representante que canaliza toda la comunicación con la OGITT del INS durante la ejecución del estudio)</i>			
FILIAL <input type="checkbox"/>	SUCURSAL <input type="checkbox"/>	OIC <input type="checkbox"/>	OTRO: ..... <input type="checkbox"/>
RUC:		Razón Social: <i>(Datos de su representante legal agregarlos en el numeral 1.2.1 y 1.2.2)</i>	
Nombre Comercial:		Teléfono y anexo:	
<b>1.2.1. REPRESENTANTE LEGAL (Para empresa, acreditado en la vigencia de poder / para entidad pública, acreditado en la Resolución que lo designa):</b>			
<i>(De existir una persona diferente al representante legal como un apoderado, debe contar con el poder especial el cual debe indicar expresamente él o los actos para los cuales fue conferido)</i>			
Apellido paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I / C.E:	
Poder registrado en la Oficina Registral - SUNARP: <i>(Completar si es de Lima o provincia)</i>		Cargo:	
Partida electrónica N°:		Asiento N°:	
N° de Resolución que lo designa: <i>(Completar este ítem solo si es entidad pública y detallar el nombre completo de la resolución)</i>		Fecha: <i>(Día, mes y año)</i>	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo:	
<b>1.2.2. DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Dirección:		Distrito:	
Provincia:		Departamento:	

	<b>FORMULARIO</b>	<b>FOR-OGITT-042</b>
	<b>SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO</b>	<b>Edición Nº 02</b>

<b>1.2.3. OTROS</b>			
<i>Si considera importante alguna información adicional agregarla</i>			

<b>3. JUSTIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO.</b>
<i>Si considera importante alguna información adicional, puede adjuntarla como anexo.</i>

<b>4. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CANCELACION DEL ENSAYO CLÍNICO</b>	
<p>a. Solicitud de cancelación del ensayo clínico justificando los motivos para la cancelación y describiendo los datos obtenidos hasta el momento de la misma (FOR-OGITT-042).</p> <p>b. Informe de las medidas que se adoptarán con los sujetos de investigación, de corresponder.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

<b>5. FIRMA</b>
<p>Manifiesto que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación a lo declarado en atención al "Principio de Presunción de Veracidad" del numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo 004-2019-JUS.</p> <p>En señal de conformidad firmo el presente documento.</p> <p>Ciudad,.....de.....del 20...</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma <i>Representante Legal (numeral 1.2.1)</i></p>

**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.