

	FORMULARIO	FOR-OGITT-042
	SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO	Edición Nº 02

Código de RNE: <i>(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)</i>			
1. DATOS DEL PATROCINADOR		Extranjero <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
1.1. PERSONA NATURAL <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>			
1.2. PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>			
REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR EN PERU			
<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:	
1.2.1. REPRESENTANTE LEGAL (Para empresa, acreditado en la vigencia de poder / para entidad pública, acreditado en la Resolución que lo designa):			
<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:	
1.2.2. DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Dirección:		Distrito:	
Provincia:		Departamento:	

	FORMULARIO	FOR-OGITT-042
	SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO	Edición Nº 02

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

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

4. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CANCELACION DEL ENSAYO CLÍNICO	
<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"/>

5. FIRMA
<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.