|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO** | |
| **Título del Ensayo Clínico:**  *(Ingresar tal cual figura en el REPEC)* |  |
| **N° del Ensayo Clínico INS:** |  |
| **Duración Total del Ensayo Clínico:** |  |
| **Número de sujetos a enrolar en el país:** |  |

|  |
| --- |
| **2.CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN** |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con D.N.I / C.E. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como patrocinador / representante legal del patrocinador del ensayo clínico, **declaro que cuento con un fondo financiero suficiente que garantice de manera inmediata la atención y tratamiento gratuito del sujeto de investigación, en caso sufriera algún evento adverso en tanto se produzca la activación de la póliza de seguro, ello como consecuencia del ensayo clínico. El monto destinado para tal fin asciende a S/……………………………… Soles.**  Realizo la presente declaración jurada manifestando 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. |

|  |
| --- |
| **3.FIRMA** |
| En señal de conformidad firmo el presente documento.  Ciudad,……….de………..del 20…  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma  D.N.I / C.E.  Representante Legal  (Según FOR-OGITT-028 numeral 2.3) |