|  |
| --- |
| ***Instrucciones****: Estimado Usuario recuerde que la solicitud debe llenarse a través del formulario electrónico disponible en el Registro Peruano de Ensayos Clínicos (REPEC) en: http://www.ensayosclinicos-repec.ins.gob.pe* |
| **Código de RNE:** *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* |
| **1. INSTITUCIÓN SOLICITANTE** |
| **Nombre de la Institución :** | *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* |
| **Representante Legal** |
| **Apellido Paterno:** |  | **N° de Documento de Identidad:** |  |
| **Apellido Materno:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Nombres:** |  | **Correo electrónico:** |  |

|  |
| --- |
| **2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO** |
| **N° EC INS:** *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* |
| **Título del Ensayo Clínico:**        |
| **Patrocinador:**         | **Institución que representa legalmente al patrocinador en el país:** |
| *Nota: De existir más de una institución/otro con delegación de responsabilidades añadir los espacios necesarios* |
| **Fase Clínica****del estudio:** [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV  [ ]  No aplica | **Código de Protocolo:**       |
| **Fecha de Vencimiento de la Póliza de Seguro** |       |

|  |
| --- |
| **3. INFORMACIÓN RESPECTO AL CAMBIO DE TITULO DE ENSAYO CLINICO** |
| **3.1 Informe justificando los motivos del cambio de título del ensayo clínico** |
|      *Nota: Si usted considera importante alguna información que no se solicita aquí, puede agregarla al final del formato.* |
| **3.2 Datos del Cambio de Título del ensayo Clínico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución de Investigación** | **Nombre de Centro de Investigación** | **Título Anterior** | **Título Propuesto** |
|  |  |  |  |

 |
| **Requisitos para presentar un cambio de título del ensayo clínico**a) Solicitud de cambio de títulob) Informe justificando el motivo del cambio de Titulo.c) Aprobación del cambio de título del ensayo clínico por un CIEI acreditado por el INSd) Contar con Póliza del seguro vigentee) Comprobante de pago de derechos de trámite.***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** |
| Al firmar esta solicitud, certifico que la información contenida aquí es actual, veraz y exacta. 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: / /  |