**VISTO BUENO DEL/LOS RESPONSABLE/S DEL/LOS SERVICIO/S IMPLICADO/S EN LA REALIZACIÓN DE UN EOM.**

Declaro:

* Que conozco la memoria científica del proyecto de investigación titulado **“………………”,**  y cuyo/a investigador/a principal será **D/Dª. ………………….**
* Que el/la investigador/a principal, así como el resto del equipo, reúne las características de competencia necesarias para que el estudio sea viable.
* Que autorizo la realización de este trabajo en el Servicio/Sección/Unidad del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio/Sección/Unidad** *(Ej: Digestivo)* | **Relación equipo**  *(nombre y apellidos)* | **Firma Jefe/a**  **Servicio/Sección/Unidad Implicado** |
| *(Indicar nombre completo)* | * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: | Fdo. D./Dña.: |
| *(Indicar nombre completo)* | * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: | Fdo. D./Dña.: |
| *(Indicar nombre completo)* | * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: * D./Dña.: | Fdo. D./Dña.: |

En Alicante a … de … de 202