Para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre la Ética en la Investigación y la correcta evaluación de los proyectos con implicaciones éticas; deberá cumplimentar el documento adjunto “DECLARACIÓN SOBRE IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA ACTIVIDAD”.

**DECLARACIÓN SOBRE IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA ACTIVIDAD**

## Datos del Investigador/a Principal o Responsable:

|  |
| --- |
| Nombre y Apellidos: D.N.I.: |
| Dpto./GIR: |
| Centro / Facultad: |
| Puesto/ Cargo: |
| Email: |

**Título del proyecto:**

**Fuente de financiación:**

**CUESTIONARIO 1**

**Declaro que este Proyecto, Contrato o Convenio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SI** | **NO** |  |
| ☐ | ☐ | Implica actividad con seres humanos, sus datos o sus muestras. |
| ☐ | ☐ | Implica la utilización de animales. |
| ☐ | ☐ | Implica la utilización de agentes biológicos o muestras contaminadas por ellos, organismos modificados genéticamente u otros agentes de riesgo para la salud humana, animal, vegetal o el medio ambiente. |

* **Si ha marcado SI en el primer supuesto debe enviarnos también el Cuestionario 2 cumplimentado.**
* **Si ha marcado SI en cualquiera de los supuestos y tiene ya el dictamen favorable para la actividad de algún Comité Ético competente, debe enviárnoslo junto con uno o los dos cuestionarios.**
* **Si ha marcado SI en cualquiera de los supuestos y ha solicitado la evaluación para la actividad de algún Comité Ético competente, debe enviárnoslo junto con uno o los dos cuestionarios.**

Para que así conste, firmo la presente declaración en

a de de 2020

El I.P.:

**CUESTIONARIO 2**

# PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

A. ¿Se trata de investigaciones que implique intervenciones en humanos, incluyendo toma de muestras biológicas?

**SI NO**

**En caso afirmativo:**

* ¿En qué institución/es se produce tal intervención?

B. ¿Se trata de investigaciones que implique Investigación con muestras biológicas?

**SI NO**

**En caso afirmativo:**

* ¿De qué institución provienen las muestras?

C. ¿Se trata de una actividad que implique utilización de datos de pacientes?

**SI NO**

D. ¿Se trata de una actividad que implique utilización de datos de personas –No pacientes- (encuestas, entrevistas, catas…)**?**

**SI NO**

E. ¿Participan personas especialmente vulnerables, como menores de edad, ancianos, discapacitados, incapacitados, personas con trastornos mentales, etc.? (especificar)

F. OTROS: Se trata de una actividad que implique otro tipo de casuística de sujetos implicados, muestras o datos. (explicar)

G. ¿Cuenta en la actualidad con la certificación de algún comité autorizado para aprobar la actividad que desarrolla? Si es así, remítanosla junto con el cuestionario.

**SI NO**

Para que así conste, firmo la presente declaración en

a de de 2020

El I.P.: