

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE SALUD

CORRECCIÓN de errores del Decreto 368/2015, de 4 de agosto, por el que se regula el Comité Andaluz de Ética de Investigación con muestras biológicas de naturaleza embrionaria y otras células semejantes, el procedimiento de autorización y el registro de proyectos de investigación (BOJA núm. 152, de 6.8.2015).

Advertido error en el Anexo del Decreto 368/2015, de 4 de agosto, por el que se regula el Comité Andaluz de Ética de Investigación con muestras biológicas de naturaleza embrionaria y otras células semejantes, el procedimiento de autorización y el registro de proyectos de investigación, publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 152, de 6 de agosto de 2015, se procede a su subsanación mediante la presente corrección de errores con la publicación de un nuevo Anexo.

(Página 1 de 2)

ANEXO

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON MUESTRAS BIOLÓGICAS DE NATURALEZA EMBRIONARIA Y OTRAS CÉLULAS SEMEJANTES.

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 SOLICITANTE Y REPRESENTANTE LEGAL					
RAZÓN SOCIAL:					NIF:
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:	C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE OSTENTA LA REPRESENTACIÓN LEGAL:					DNI/NIE/NIF:
2 INVESTIGADOR/A PRINCIPAL					
APELLIDOS Y NOMBRE:					DNI/NIE/NIF:
TITULACIÓN:					
CENTRO DE TRABAJO:					
CARGO:			DEDICACIÓN:		
3 DATOS DEL PROYECTO					
TÍTULO:					
DURACIÓN:		VERSIÓN:		FECHA:	
4 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS DNI/NIE					
<input type="checkbox"/>	El representante legal presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.				
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.				
<input type="checkbox"/>	El/la investigador/a presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.				
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.				
5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA					
Las personas firmantes DECLARAN , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y SOLICITAN la autorización del proyecto de investigación.					
En a de de					
REPRESENTANTE LEGAL			INVESTIGADOR/A PRINCIPAL		
Fdo.:			Fdo.:		



001355/3D

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A. GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero automatizado "REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON MUESTRAS BIOLÓGICAS DE NATURALEZA EMBRIONARIA Y OTRAS CÉLULAS SEMEJANTES". Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la coordinación y control de los proyectos de investigación.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud en Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. 41020-SEVILLA.

00080392

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON MUESTRAS BIOLÓGICAS DE NATURALEZA EMBRIONARIA Y OTRAS CÉLULAS SEMEJANTES.

TÍTULO:

6 LUGAR DE DESARROLLO DEL PROYECTO						
CENTRO:						
DEPARTAMENTO/SERVICIO/SECCIÓN:					TELÉFONO:	
DOMICILIO:						
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:	
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		PAÍS:	C. POSTAL:

7 DATOS DEL EQUIPO INVESTIGADOR						
7.1 Identificación del grupo						
Doctores: Titulados Superiores No Doctores: Titulados Medios: Personal Auxiliar:						
Responsable del Grupo:						
Denominación del Grupo:						
Organismo:						
Departamento:						
Dirección:						
Localidad:		Provincia:		Código Postal:		Teléfono:
7.2 Resumen curricular						
Revistas:		Internacionales:		Nacionales:		
Congresos:		Internacionales:		Nacionales:		
Libros y Monografías:		Nº de Tesis Doctorales:		Nº de Patentes:		
Otros (especificar):						
7.3 Curriculum vitae de cada miembro del grupo investigador						
(Se adjunta en documento aparte)						

8 MEMORIA DEL PROYECTO (se adjunta en documento aparte)						
8.1 Descripción del proyecto.						
8.2 Justificación, objetivos y finalidad investigadora.						
8.3 Relevancia científica y utilidad práctica de los resultados en relación con la salud.						
8.4 Recursos humanos y materiales para el desarrollo del proyecto. Presupuesto.						
8.5 Experiencia del equipo en el tema.						
8.6 Características de las muestras biológicas a utilizar. Descripción.						
8.7 Plazo para el desarrollo del proyecto. Cronograma de actividades.						
8.8 Aspectos éticos de la investigación.						

001355/3D

00080392