**SOLICITUD EXENCIÓN DE TASAS DE ENSAYO CLÍNICO**

**Promotor:**

**Código de protocolo:**

**Título:** (castellano)

**Persona Investigadora Principal:**

**Hospital:**

**Servicio:**

D./Dña  en su calidad de , en nombre y representación de con C.I.F. nº , y con domicilio social en

**EXPONE**

1. Que la investigación a realizar es independiente.
2. Que el Promotor del estudio es una entidad privada de investigación sin ánimo de lucro, una entidad pública de investigación, incluyendo los centros asistenciales de la Consejería de Sanitad o un investigador de plantilla de las entidades públicas de investigación, incluyendo los centros asistenciales de la Consejería de Sanidad.
3. Que no haya obtenido financiación externa privada para la realización del estudio.
4. Que los investigadores no van a percibir ningún tipo de remuneración por su participación en el estudio.

**SOLICITA**

**[ ]** La exención del pago de los 500€ por la gestión administrativa.

Lo que firma en Alicante a  de  de 202

Fdo: D./Dña.