Asunción, …de………de 202…

Señor.

Director Nacional

Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Presente

El/La que suscribe………………………………………………………………………………de profesión………………………con Registro Profesional N.º………………………solicita el trámite de:

|  |
| --- |
| 1. **Tipo de Solicitud.**
 |
| 1.1 | Solicitud de Acreditación.  |
| Solicitud de Renovación.  |
| Solicitud de Cancelación. | **Justificación de cancelación Comité de Ética en Investigación.**  |
|  |
| Solicitud de Modificación.  | **Justificación de modificación del Comité de Ética en Investigación.** |
|  |
| 1. **Información del Comité de Ética en Investigación.**
 |
| 2.1 | Denominación del CEI. |  |
| 2.2 | Dirección. |  |
| 2.3 | Teléfono. |  |
| 2.4 | Correo electrónico. |  |
| 2.5 | Cantidad de Miembros.  |  |
| …………………………..(Firma y aclaración)Presidente del CEI o Representante LegalC.I N.º: |