Palma, a ……………de …………….de ……….

**De:** ……………………………………………………………………………………………………

**A:** D. Juan Manuel Gavala Arjona. Director de Enfermería. Hospital Universitario Son Espases.

Asunto: Aceptación de la realización del estudio y certificado de la idoneidad del investigador, sus colaboradores y las instalaciones.

D:/Da, …………………………………… como Supervisor-a de Área de……………………………..

HACE CONSTAR que conoce y acepta la realización del Proyecto de Investigación:

Título:…………………………………………………..

Investigador principal:…………………………………………….

Investigadores Colaboradores:………………………………………..

Cuyo objetivo principal es ………………………………………….., que se desarrollará durante ……………………………….y que conllevará…………………………………..

CERTIFICA:

Que el investigador principal, así como el resto del equipo, reúnen las características de competencia necesarias para realizar Proyectos de Investigación y que conocen la metodología especifica del Proyecto de Investigación de referencia.

Que las instalaciones del hospital cumplen los requisitos necesarios para la realización del Proyecto de Investigación referido y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo, satisfactoriamente, los requerimientos del protocolo de investigación

Fdo:

D/Dña.

Supervisor/a Área de ……..……….