**ANEXO X. CERTIFICADO DE COSTES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

*Presentar en caso de concederse la ayuda*

Nombre del Investigador principal: \_\_\_

Adscrito/a al servicio de: \_\_\_

Categoría profesional: [ ]  FEA [ ]  ENFERMERO/A [ ]  RESIDENTE [ ]  Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que la realización del presente Proyecto de Investigación/Ensayo Clínico titulado **“*título…*”**, que se va a realizar en el Hospital Universitario Son Espases.

Indicar con una cruz donde proceda:

|  |
| --- |
| [ ]  No supone la realización de pruebas complementarias adicionales ni un incremento en el uso de recursos del hospital respecto a los contemplados en la práctica clínica habitual para la patología, pacientes a estudio o pruebas diagnósticas. |
| [ ]  Si supone sobrecoste para el hospital con respecto a la práctica médica habitual.Especificar el coste: |
| [ ]  Si supone coste, pero la ejecución del proyecto irá condicionada a la obtención fondos:[ ]  fondos propios del servicio[x]  ayuda/subvención  Indicar:* ayuda/subvención: ***PREMIOS HUSE 2024***
* Importe solicitado:
* Importe concedido:
* Estado: [ ]  solicitada

 [x]  concedida |

Fdo.: Investigador Principal

Palma, 16 de enero de 2025