**CERTIFICADO DE COSTES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**(Requerido para autorización por parte de la comisión de investigación)**

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  ayuda/subvención  Indicar:   * ayuda/subvención: * Importe solicitado: * Importe concedido: * Estado:  solicitada   concedida (en este caso, adjuntar concesión) |

Fdo.: Investigador Principal Fdo. Directora Gerenta

*(en caso de suponer costes)*

Palma, 06 de marzo de 2024