**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del estudio** |  |
| **Investigador principal** |  |
| **Asesor** |  |

**Objetivo y propósito del estudio:**

Estimado participante, el presente estudio tiene por objetivo (*explicar de manera clara y precisa el objetivo de la investigación*). Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del (*especificar si se trata de grado o título profesional*) y es desarrollado bajo la dirección del (*colocar nombre del asesor) docente adscrito a la Facultad (colocar nombre de la Facultad*) de la Universidad Privada de Tacna.

El propósito de la investigación es (explicar brevemente la problemática empleando un lenguaje sencillo).

**Procedimientos:**

Si usted está de acuerdo con participar de este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes (*enumerar los procedimientos del estudio*):

**Riesgos:**

*(Explicar brevemente los posibles riesgos relacionados con la participación en el estudio, si estos existieran. De igual forma explicar en caso no existan riesgos de participación)*.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará de (*explicar los posibles beneficios derivados de la participación en el estudio*)

**Costo por participación y compensación económica:**

 Su participación en este estudio no deriva en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta a los beneficios previamente explicados. (*en caso se reciba alguna compensación por gastos de transporte o refrigerios por el tiempo brindado, debe explicarse detalladamente*).

**Confidencialidad:**

El investigador principal y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. Es necesario mencionar que su participación será debidamente codificada y en ningún caso se registrarán con nombre. Si los resultados de este estudio se llegaran a publicar en una revista, no se mostrará ninguna información que permita su identificación como participante del estudio.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar de este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Para lo cual deberá informar su decisión al investigador principal de manera oportuna. Si tiene alguna duda adicional, podrá ponerse en contacto con el investigador principal (*colocar nombre del investigador principal*) llamando al teléfono xxxxxxxxxx (*teléfono del investigador principal*).

Si durante el desarrollo de la investigación tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, podrá contactar al correo electrónico: cei@upt.edu.pe

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN**

Acepto voluntariamente la participación en el estudio (*colocar nombre del estudio*) dirigido por el investigador principal (nombre completo del investigador principal). Por otro lado, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que considere apropiado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del participante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido del investigador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y hora

*\* Este formato de consentimiento informado podrá ser adaptado por el investigador de acuerdo a las necesidades y características del estudio.*