|  |
| --- |
| **Código del Proyecto Original:****Título del Proyecto:****Investigador Responsable:****Nº Modificación:**  |

1. **Datos sobre la modificación**

|  |
| --- |
| * 1. Causa/s que motiva/n esta modificación

(Indique los motivos que justifica/n esta modificación) |
| * 1. Descripción de la modificación:

(Explique de forma clara y concreta la modificación que introduce en el proyecto/procedimiento) |

|  |  |
| --- | --- |
| Investigador responsable del proyecto:Fdo. | Secretario/a del OEBA Fdo. |
| Fecha: | Fecha: |
| Observaciones sobre su aprobación/rechazo por el OEBA del Hospital Universitario Cruces/BioCruces |