**REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)**

**CAMBIO DE MIEMBROS O ACTUALIZACION**

N° de REPIS

**DATOS DEL CIEIS**

La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada. El CIEIS debe completarlo con computadora.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. NOMBRE DEL CIEIS (como figura en formulario de acreditación)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **II. DATOS QUE SE DESEAN ACTUALIZAR DEL CIEIS:** (completar solo los campos de los datos que se desean actualizar) | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | |
| Ciudad: |  | | | | | | | |
| Teléfono fijo / celular: |  | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | |
| **III. DATOS QUE SE DESEAN ACTUALIZAR DE LA INSTITUCIÓN DONDE ASIENTA EL CIEIS:** (completar solo los datos de los campos que se desean actualizar) | | | | | | | | |
| Nombre de la Institución: (como figura en RUGEPRESA) |  | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | |
| Ciudad: |  | | | | | | | |
| Teléfono fijo / celular: |  | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | |
| Nombre/s y apellido/s Director/a (como figura en DNI): |  | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | |
| **IV. INCORPORACIÓN NUEVOS MIEMBROS AL CIEIS (sólo completar con los datos del/los nuevo/s miembro/s)** | | | | | | | | |
| **FUNCIÓN DENTRO DEL COMITÉ** | **NOMBRE/S Y APELLIDO/S** (como figura en DNI)  **NUMERO DE DN**I | **FECHA DE NACIMIENTO**  **GÉNERO** | | **OCUPACIÓN/ PROFESIÓN** | | | **RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN** | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| **VI. MODIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN QUE CUMPLE UN MIEMBRO DENTRO DEL COMITÉ** | | | | | | | | |
| **ROL DENTRO DEL COMITÉ** | **NOMBRE/S Y APELLIDO/S** (como figura en DNI) | | **FIRMA Y SELLO** | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
| **VII. FUNCIONAMIENTO DEL CIEIS** | | | | | | | | |
| Día y hora de reunión: | | | | | | | | |
| Día/s y horario atención al público: | | | | | | | | |
| Apellido/s y nombre/s persona que realiza trámites ante el SERFIS: | | | | | DNI: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V. RENUNCIA DE MIEMBRO/S AL CIEIS (sólo completar con los datos del/los miembro/s renunciante/s)** | | | |
| **ROL DENTRO DEL CIEIS** | **NOMBRE/S Y APELLIDO/S** (como figura en DNI) | **DNI** | **FIRMA Y ACLARACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Firma y aclaración/sello de los miembros que se incorporan**

|  |
| --- |
| **Firma Coordinación del CIEIS Sello Fecha** |
| **Firma Director/a de la Institución Sello Fecha** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIII EVALUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE CoEIS PARA ACTUALIZAR DATOS DEL CIEIS.** | | |
| **Resultado Evaluación** |  | Aprobado |
|  | Condicionado (Deberá presentar nueva documentación) |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES:** |

**Firma y sello miembro del CoEIS Firma y sello miembro del CoEIS Firma y sello miembro del CoEIS Fecha**