**COMRPOMISO DE RESGUARDO DE LA CONFIDENCIALIDAD**

Por este medio, yo Escriba su nombre y apellidos, mayor de edad, número de cédula Escriba su número de cédula, Escriba su profesión, quien reside en Escriba el distrito, cantón y provincia donde reside, funcionario(a)/estudiante de Escriba su sitio de trabajo o estudio, declaro mi compromiso de resguardar y proteger el derecho a la confidencialidad de las personas participantes de mi investigación Escriba el nombre de su proyecto o estudio., según lo establece la Ley N°9234 Ley Reguladora de Investigación Biomédica y el decreto N°39061.

Entregado el día Escriba la fecha de entrega en Escriba el distrito, cantón y provincia del lugar de entrega.

Firma

Escriba su título, nombre y apellido.

**Bitácora de Control de Cambios del Documento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de Versión** | **Fecha de aprobación** | **Estatus y cambios** |
| 1.0 | 22/11/2022 | Primera Versión del Documento |