



**Instituto de Medicina Tropical
Dirección de Investigación y Docencia**

COMPROMISO FIRMADO DEL INVESTIGADOR

Yo,, con Registro Profesional Nro al recibir
autorización para la realización del proyecto de investigación titulado:

.....me comprometo a:

- Remitir una copia del trabajo final a este departamento (impresa y digital)
- Remitir una relación de las citadas comunicaciones a congresos y publicaciones, con copia de los agradecimientos de dichas publicaciones.
- Guardar en todo momento la confidencialidad de las personas entrevistadas y/o datos que puedan afectar la confidencialidad del trabajo de investigación realizado en esta Institución.

Firma:

Aclaración: _____

Autorizado por:

Aclaración: _____

Fecha: ____/____/____