

**INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
CAMPECHE**

CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA DE CAMPECHE

*Av. Lázaro Cárdenas No. 208. Esquina antiguo camino a Chiná, Sector Las Flores C.P. 24096
San Francisco de Campeche, Campeche. Tels. (981) 813 3272*

San Francisco de Campeche, a (Día) de (Mes) de (Año)

Dra. Fabiola del Carmen Calderón Zúñiga
Presidenta del Comité de Investigación
Presente.-

Estimada Dra. Calderón:

Por medio de la presente solicito su autorización para la revisión por el Comité de Investigación del Centro Estatal de Oncología "" del protocolo del Investigación titulado "____ (nombre protocolo) _____", a cargo del Dr. (nombre y grado académico que corresponda)_____, Residente "(año que cursa de residencia, si aplica)" del _____ (servicio) _____, y en caso de ser aprobado solicito se nos informe su No. de registro.

Agradeciendo de antemano, quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

Dr. XXXXXXX
Director de Tesis

Dr. XXXXXXX
Responsable del proyecto