**Anexo 2.Carta de declaración de no conflicto de interés y de confidencialidad de los miembros del Comité De Ética Asistencial Para La Salud - CEAS**

Oficio Nro. XX XX XXX

Lugar y fecha

Nombre de la máxima autoridad de la institución

Yo, **NOMBRE DEL MIEMBRO CEAS** manifiesto mi interés de participar en el Comité de Ética Asistencial para la Salud del **(INDICAR NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN) - CEAS-XXXX**, y declaro no poseer conflicto interés personal o profesional que pueda interferir en las funciones en el comité y, en los en temas en los que pudiese anticipar conflicto de interés eximiré mi participación. Así también me comprometo guardar estricta confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso.

FIRMA DEL MIEMBRO DEL CEAS