Logotipo

Descripción generada automáticamente

**Formato 2: Científico(a) calificado(a)**

Requerido para **todos** los proyectos de investigación­­­­

# Debe ser completado y firmado antes de empezar a experimentar

Nombre del (de la) líder del proyecto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del (de la) segundo(a) líder:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título del Proyecto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Para ser completado por el(la) Científico(a) Calificado(a):

Nombre del (de la) Científico(a):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Pertenece al SNI? **☐** Sí ☐No Nivel: Nombre último grado obtenido:

\_\_\_\_

\_\_\_\_

¿Es becario(a) CONACYT? **☐** Doctorado CVU: Último grado obtenido:

\_\_\_\_\_\_\_.

\_

* Posdoctorado ¿Qué programa está cursando?:

\_

Formación/Experiencia relacionada con el área de investigación del proyecto:

Posición: Dirección:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución:

Teléfono/correo electrónico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** ¿Se involucrará lo siguiente en el proyecto? |  | |
| **a.** Personas Participantes | * Sí | * No |
| **b.** Animales Vertebrados | * Sí | * No |
| **c.** Agentes Biológicos Potencialmente Peligrosos (microorganismos, ADNr y tejidos, incluyendo sangre y | | |
| productos sanguíneos) | * Sí | * No |
| **d.** Sustancias y dispositivos peligrosos | * Sí | * No |
| **2.** ¿Va a supervisar directamente al estudiante? | * Sí | * No |

1. Si no, ¿Quién supervisará directamente al (a la) estudiante como Supervisor(a) Designado(a)?
2. Formación/Experiencia del (de la) Supervisor(a) Designado(a):

# Para ser completado por el Científico Calificado:

Certifico que he revisado y aprobado el Plan de Investigación antes de comenzar la experimentación. Si el estudiante o Supervisor Designado no está entrenado para los procedimientos necesarios, me aseguraré de su entrenamiento. Daré asesoramiento y supervisión durante la investigación. Tengo conocimiento de las técnicas que usará el estudiante en el Plan de Investigación. Entiendo que un Supervisor Designado es requerido cuando el estudiante no esté realizando experimentación bajo mi supervisión directa.

Nombre del Científico Calificado:

Firma:

Fecha de Aprobación:

**Formato 2: Científico(a) calificado(a)**

Requerido para **todos** los proyectos de investigación

(CONTINUACIÓN)

# Para ser completado por el Supervisor Designado cuando el Científico Calificado no pueda supervisar directamente:

Certifico que he revisado el Plan de Investigación, he sido capacitado en las técnicas que usará el estudiante, y supervisaré directamente.

Nombre del Supervisor Designado:

Firma:

Fecha de Aprobación:

Teléfono:

Email:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**