

**SOLICITUD DE REVISIÓN DE PROYECTOS**

Retrospectivo: \_\_\_\_\_ Prospectivo: \_\_\_\_\_



Nro. PROYECTO :

TITULO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

Nombres y Apellidos	Sello y Firma
<b>Edad:</b> 20 a 30 <input type="checkbox"/> 30 a 40 <input type="checkbox"/> 40 a 50 <input type="checkbox"/> 50 a 60 <input type="checkbox"/> 60 a más <input type="checkbox"/>	
<b>Título Profesional :</b> _____	
<b>Grado Académico :</b> _____	
<b>Lugar de Trabajo :</b> _____	
<b>Correo Electrónico:</b> _____	
<b>Teléfonos :</b>  _____  _____	
<b>Institución a la que pertenece:</b> _____	

**INVESTIGADORES ASOCIADOS:**

1.- _____	_____	.....
Nombre	Apellidos	Sello y firma
2.- _____	_____	.....
Nombre	Apellidos	Sello y firma
3.- _____	_____	.....
Nombre	Apellidos	Sello y firma
4.- _____	_____	.....
Nombre	Apellidos	Sello y firma
5.- _____	_____	.....
Nombre	Apellidos	Sello y firma

V°B° JEFE DEL DPTO. DONDE REALIZARA SU PROYECTO  
FIRMA Y SELLO

.....

ASESOR(ES)

1.- \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Apellidos

.....

Sello y firma

2.- \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Apellidos

.....

Sello y firma

OBJETIVO:

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

DURACION DEL ESTUDIO

:

\_\_\_\_\_

NRO. DE PACIENTES

:

\_\_\_\_\_

TIEMPO DE RECLUTAMIENTO

:

\_\_\_\_\_

PATROCINADOR

:

\_\_\_\_\_

INICIO PREVISTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TERMINO PREVISTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº H.C. a revisar por día, de que año(s): ..... (Trabajo Retrospectivo)

PLAN DE PUBLICACION

Nacional : .....

Internacional: .....

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR PRINCIPAL

- Llenar los datos que se solicitan en este Formato.