

**Debe ser completado y firmado antes de empezar a experimentar**

Nombre del (de la) líder del proyecto:

Nombre del (de la) segundo(a) líder:

Nombre del (de la) tercer (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:  Institución:

Dirección:  Teléfono/correo electrónico:

1. Confirma haber revisado y estar de acuerdo con los Términos de Referencia de Feria Nacional y Latinoamericana de Humanidades, Ciencias e Ingenierías 2020, relevante para este proyecto.

Sí  No

2. ¿Se involucrará lo siguiente en el proyecto?

- a. Personas Participantes  Sí  No
- b. Animales Vertebrados  Sí  No
- c. Agentes Biológicos Potencialmente Peligrosos (microorganismos, ADN y tejidos, incluyendo sangre y productos sanguíneos)  Sí  No
- d. Sustancias y dispositivos peligrosos  Sí  No

3. ¿Este estudio es un subconjunto de un estudio más extenso?  Sí  No (si responde sí, explique)

¿En qué sentido?:

4. ¿Va a supervisar directamente al estudiante?  Sí  No

a. Si no, ¿Quién supervisará directamente al (a la) estudiante como Supervisor(a) Designado(a)?

b. Formación/Experiencia del (de la) Supervisor(a) Designado(a):

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

Nombre del (de la) Científico(a) Calificado(a)

Fecha de aprobación  
(dd/mm/aaaa)

Firma

**Para ser completado por el(la) Supervisor(a) Designado(a) por el(la) Científico(a) Calificado(a), cuando este 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 (de la) Supervisor(a) Designado(a):

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Fecha de aprobación

Firma