

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 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 las reglas e instrucciones de FEMECI Nuevo León, 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, ADNr 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 desu 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

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

Fecha de
aprobación

Firma