|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **logo**  **DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**  **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Ficha de Registro de Proyectos - Pregrado 201…** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ….…Código de Estudio...… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | | |  |
| **…...…….. (No llenar)...…………** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La presente ficha tiene como objetivo recopilar información importante relativa a los proyectos de investigación realizados por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.  El llenado de la ficha es imprescindible para completar el procedimiento de registro de los proyectos, debe ser completada por el equipo de trabajo, en modo tal que refleje las características distintivas del proyecto de investigación.  La ficha cumple a su vez, con la finalidad de la protección de la producción intelectual de los estudiantes (tesis, publicaciones, etc.), mediante el procedimiento de registro del proyecto, para su reconocimiento dentro de la Universidad y, cuando sea el caso, para gestionar su registro ante el INDECOPI u otros organismos internacionales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Información General del Proyecto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Título | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Universidad, Instituto y/o Centro de Investigación | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3. Facultad | |  | | | | | 1.4.Carrera | | | | |  | | | | | | | | |
| 1.5. Tipos de acceso a su investigación | | | | | | Acceso abierto | | |  | | | Acceso restringido | | | | | |  | | |
| Justificación (si se eligió el acceso restringido) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. Presupuesto Total | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7. Fechas del estudio | | | | a) Inicio: | | | |  | | | b) Término: | | | | | |  | | | |
| 1.8. Finalidad del proyecto | | | Trabajo de investigación para grado | | | | |  | | | Tesis para título profesional | | | | | |  | | | |
| 1.9. Declaración jurada | | | Del alumno: Declaro que este proyecto es original y se ha reconocido el uso del trabajo de otros autores donde corresponda. Declaro también conocer las regulaciones de la Universidad sobre conducta científica y plagio y me someto a ellas. | | | | | | | No  Sí | Del asesor: Declaro haber asesorado al alumno en la realización de este proyecto. He revisado y aprobado su versión final para ser registrada en el Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. | | | | | | | | No  Sí | |

|  |
| --- |
| 1. **En caso de existir una fuente de financiamiento externa adicional**   Fuente(s) financiadoras(s):  Presupuesto extrauniversitario:  Monto: Tipo de moneda: |

**III. Información del estudiante(s)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alumno** | | | | | |
| Nombres | | Apellidos | | | Año de Nacimiento |
|  | |  | | |  |
| DNI | Carrera Profesional | | | Facultad | |
|  |  | | |  | |
| E-mail | | | | Teléfonos | |
|  | | | |  | |
| Marque lo que corresponda: | | | Firma | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Alumno  Egresado  Bachiller | Año o Semestre: \_\_\_\_\_\_ | Fecha | Firma | |  |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alumno** | | | | | |
| Nombres | | Apellidos | | | Año de Nacimiento |
|  | |  | | |  |
| DNI | Carrera Profesional | | | Facultad | |
|  |  | | |  | |
| E-mail | | | | Teléfonos | |
|  | | | |  | |
| Marque lo que corresponda: | | | Firma | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Alumno  Egresado  Bachiller | Año o Semestre: \_\_\_\_\_\_ | Fecha | Firma | |  |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Asesor** | | | | | |
| Nombres | | Apellidos | | Categoría | Clase |
|  | |  | | **... (No llenar)...** | **... (No llenar)...** |
| Título Profesional - Especialidad | | | Máximo Grado Académico | | |
|  | | |  | | |
| Cód. Docente | Facultad | | | | |
| **... (No llenar)...** |  | | | | |
| E-mail | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud** | | | | | |
| 1. A.1. Opinión del Jefe del Departamento de Investigación sobre el proyecto de tesis | | | | | |