# ANEXO 2a. C.I.F.E.

## *SOLICITUD DE REVISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN INTERNO.*

## *COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA (C.I.F.E.).*

***Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología (C.I.F.E.)***

***P R E S E N T E***

***Por medio del presente, me permito someter a su consideración la revisión del Proyecto de Investigación señalado, y en caso de cumplir con los requisitos establecidos en el Manual del Comité de Investigación (C.I.F.E.), se proceda a su registro correspondiente:***

***Nombre del Proyecto de Investigación:***

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

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

***Nivel Académico y el Área de Investigación:***

***Seleccione el nivel académico (Estudiante) y área correspondiente marcando con una "X".***

***Licenciatura: Área de Investigación: Posgrado:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ***Academia*** | ***Seleccione (X)*** |
| ***Básica***  |  |
| ***Social***  |  |
| ***Integral***  |  |
| ***Rehabilitación***  |  |
| ***Pediatría***  |  |
| ***Cirugía***  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Área***  | ***Seleccione (X)*** |
| ***Básica*** |  |
| ***Epidemiológica*** |  |
| ***Educativa*** |  |
| ***Social*** |  |
| ***Clínica*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Terminal*** | ***Seleccione (X)*** |
| ***Endodoncia*** |  |
| ***Ortodoncia*** |  |
| ***Pediatría*** |  |
| ***Rehabilitación Oral*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre Completo*** | ***ID/ Núm. de Matrícula*** | ***Correo electrónico Institucional*** | ***Firma*** |
| ***Responsable del Proyecto de Investigación:***  |  |  |  |
| ***Director Disciplinario:***  |  |  |  |
| ***Director Metodológico:***  |  |  |  |
| ***Asesor Externo 1:***  |  |  |  |
| ***Estudiante/Investigador:***  |  |  |  |

***Relación de participantes:******Relación de Participantes:*** |  |

***En espera de su favorable resolución, quedamos atentos a las observaciones o ajustes necesarios.*** ***Sin más por el momento, reitero mi más atenta y distinguida consideración.***  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Área***  | ***Seleccione (X)*** |
| ***Básica*** |  |
| ***Epidemiológica*** |  |
| ***Educativa*** |  |
| ***Social*** |  |
| ***Clínica*** |  |

 |

***A t e n t a m e n t e***

***“Pensar bien, para vivir mejor”***

***H. Puebla de Z., a (fecha vigente) del 2025***

***Nombre y firma, del responsable del Proyecto de Investigación.***