# 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.***